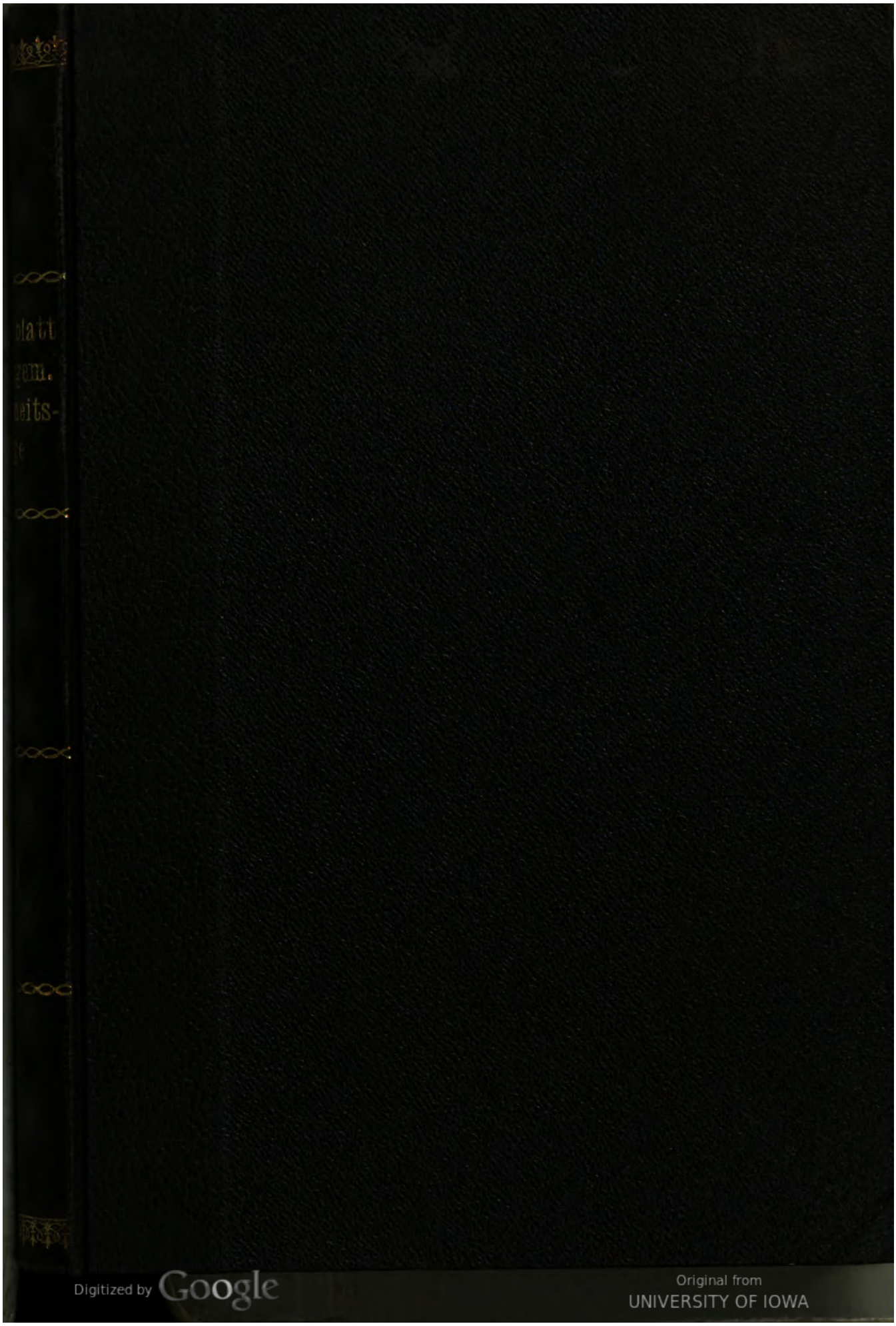


Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:38 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

MEDICAL

STATE UNIVERSITY OF IOWA LIBRARY

Class 614.05

Book C39
v.30

Acc. 289397

Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF IOWA

Generated on 2019-12-14 17:38 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

UNIVERSITY OF IOWA
3 1858 045 687 039

Generated on 2019-12-14 17:38 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF IOWA

Generated on 2019-12-14 17:38 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF IOWA

Centralblatt

für

allgemeine Gesundheitspflege.

Zeitschrift

des Niederrheinischen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege.

Herausgegeben

von

Dr. Stübben,
Geheimer Oberbaurat in Berlin.

Dr. Reichenbach,
a. o. Professor der Hygiene in Göttingen.

Dr. Pröbsting,
Professor in Cöln.

Dreissigster Jahrgang.

Mit 33 Abbildungen und 1 Tafel.

Bonn,

Verlag von Martin Hager

1911.

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF IOWA

Generated on 2019-12-14 17:38 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

STATE UNIVERSITY
OF IOWA
LIBRARY

Generated on 2019-12-14 17:38 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF IOWA

614.05
C39
v. 30

Inhalt des 30. Jahrgangs.

A. Eigenarbeiten.

	Seite
Erster Bericht über die Tätigkeit der Städtischen Auskunfts- und Fürsorgestelle für Lungenkranke in Dortmund vom 1. Januar 1908 bis 31. März 1910. Leiter: Stadtrat Dr. Cremer und Stadtarzt Dr. Köttgen. Im Auftrage der Leiter bearbeitet von Stadt-Assistenzarzt Dr. Dembowski, Arzt der Lungenfürsorgestelle	1
50 Jahre hygienischer Entwicklung, mit besonderer Berücksichtigung der Cölner Verhältnisse. Vom Beigeordneten Dr. med. P. Krautwig	32
Zur Kenntnis der Epidemiologie der akuten epidemischen Kinderlähmung. Von Prof. Dr. Paul Krause (Bonn). (Mit 5 Kurvenfiguren)	91
Über im Säuglingsheim gemachte Erfahrungen und ihre Anwendung bei Säuglingen der Familienpflege. Von Dr. Walther Kaupe in Bonn, Kinderarzt und Arzt der Abteilung	111
Ändern sich die sonstigen statistischen Relationen der Infektionskrankheiten in Epidemiezeiten? Von Dr. Siegfried Rosenfeld	119
Eduard Lent † (Stübben-Reichenbach)	173
Eduard Lent † (Pröbsting)	174
Die Sterblichkeit in einigen Grossstädten des In- und Auslandes. Von Dr. Busch, Frankfurt a. M.	180
Die Milchküche und die allgemeine Krankenküche in der Klinik. Von Dr. Wilhelm Sternberg, Spezialarzt für Zucker- und Verdauungskranke in Berlin. (Mit 1 Tafel und 6 Textfiguren)	187
Die Einrichtung der Wald-Erholungsstätte in Rheydt. Vom Beigeordneten, Regierungsbaumeister Heck. (Zur Verfügung gestellt vom Oberbürgermeister der Stadt Rheydt.) (Mit 8 Abbildungen)	207
Alkohol und Tuberkulose. Von Dr. Georg Liebe, Waldhof Elgershausen	215
Das städtische Säuglingsheim in Dresden im Jahre 1909	229
Organisation und Leistungen der Walderholungsstätten. Von Hans Kloiber, Hohenhonnef. (Mit 9 Textabbildungen)	259
IX. Jahresbericht der Heilstätte Holsterhausen bei Werden (Ruhr) 1910 von Chefarzt Dr. F. Köhler	332
Küchenverwaltung und Küchenkontrolle in Anstalten. Von Dr. Wilhelm Sternberg, Spezialarzt für Ernährungstherapie in Berlin	381
Säuglingsfürsorge in Barmen. III. Mitteilung von Dr. Th. Hoffa, leit. Arzt des Säuglingsheims	395

289397

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF IOWA

Generated on 2019-12-14 17:38 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Seite

Gartenbau und Gartenkunst in ihren Beziehungen zur Gesundheitspflege. Von Gartendirektor Heicke, Frankfurt a. M. (Mit 5 Abbildungen) 425
Orthopädische Schulturnkurse an den Volksschulen der Stadt Dortmund. Von Dr. Steinhaus, Stadtschularzt, und Dr. Zeller, Spezialarzt für Orthopädie 437
Ein Fall von Vergiftung mit Zinnober. Von Dr. F. Rosenberger 459
Bericht über die ordentliche öffentliche 42. Hauptversammlung des Niederrheinischen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege am Sonnabend, den 4. November 1911 in Crefeld. Erstattet von dem ständigen Geschäftsführer Prof. Dr. Pröbsting, Cöln 461
1. Geschäftsbericht 464
2. Erster Vortrag: Die Beseitigung des städtischen Hausmülls. Vom Stadtbaurat, Beigeordneten Henstrich, Crefeld . . . 469
Erörterung dazu 474
3. Zweiter Vortrag: Die Geburtenabnahme in Deutschland mit besonderer Berücksichtigung der niederrheinischen Städte. Vom Beigeordneten Dr. Most, Düsseldorf 475
Erörterung dazu 487
4. Besichtigung der Reinigungsanlage der Stadtkanalwässer . 497

B. Versammlungsberichte.

Bericht über die 35. Versammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege in Elberfeld vom 13. bis 16. September 1910. Von Prof. Dr. Pröbsting in Cöln 48
Zweiter deutscher Wohnungskongress in Leipzig. Von Prof. Dr. Pröbsting 354

C. Literaturbericht und Kleine Mitteilungen

(sachlich geordnet).

I. Allgemeines, Lehrbücher, Statistik.

Springer, Die Ärztin im Hause (Frank) 79
Marcuse, Sexual-Probleme (Peusquens) 80
Zickgraf, Über das nach der proportionellen Körperlänge bestimmte Normalgewicht (Boas-Berlin) 81
Bewegung der Bevölkerung in Preussen im Jahre 1908 (Pröbsting) 156
Roland, Natur und Mensch. Der Mensch in Beziehung zu den Naturkräften, biologisch und hygienisch dargestellt (Laspeyres) . . 158
Was kosten die schlechten Rassenelemente den Staat und die Gesellschaft? (Redaktion der „Umschau", Preisausschreiben) . . . 236
Konrad Koch in Braunschweig † 240
Fränkel, Weitere Mitteilungen zur Abnahme der Tuberkulosesterblichkeit (Pröbsting) 250
Rückgang der Geburtsziffer in Deutschland (Pröbsting) 363
Knöpfel, Säuglingssterblichkeit in Hessen (Siegert-Cöln) . . . 408
Neumann, Handbuch der Volksgesundheitspflege (Laspeyres) . 499
Liebetrau, Über Hygiene auf dem Lande (Laspeyres) 500
Takaki, Die hygienischen Verhältnisse der Insel Formosa (Einert) 500

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:38 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Seite

II. Luft, Klima, Staubplage, Körperpflege (s. auch VI).

Orsi, Über die quantitative Bestimmung des Russgehaltes in der Luft (Mastbaum-Cöln) 82
Orsi, Über die Flugfähigkeit des Staubes (Mastbaum-Cöln) . . 82
Schubert, Über Höhenklima und Waldklima (Boas-Berlin) . . . 81
Beythien, Über die zur Bekämpfung der Staubplage empfohlenen Präparate (Steuernagel-Cöln) 83
am Ende, Der Strassenstaub und seine Bekämpfung (Steuernagel-Cöln) 83
Guglielminetti, Über die Verminderung der Staubplage auf den öffentlichen Strassen (Steuernagel-Cöln) 84
Ide, Praktische Atmungsgymnastik zum täglichen Gebrauch für Jedermann (Laspeyres) 158
Fischl, Über Abhärtung (Laspeyres) 160
Meyer, Die Teerungsversuche auf der Havelchaussee im Grunewald bei Berlin (Steuernagel-Cöln) 368
Gebecke, Zur Beurteilung der Rauch- und Russfrage (Siegert-Cöln) 411
Kayser, Die vollständige Beseitigung der Rauch- und Russplage (Czaplewski-Cöln) 411
Schmidt, Über die hygienische Bewertung verschiedenfarbiger Kleidung bei intensiver Sonnenstrahlung (Lehmann-Cöln) . . 415

III. Wasser, Abwasser, Bestattungswesen.

Opitz, Brunnenhygiene (Steuernagel-Cöln) 79
Langermann, Untersuchungen über den Vorgang der „Selbstreinigung", ausgeführt am Wasser des Giessener Volksbades (Peusquens) 87
Konrich, Zur Bewertung des Bakterium coli im Wasser (Conzen) 168
Courmont u. Nogier, Die Sterilisation des Trinkwassers durch ultraviolette Strahlen. — Nogier, Apparat zur Sterilisierung von Trinkwasser durch die ultravioletten Strahlen (Pröbsting) . . 254
Feuerbestattung in Dresden 504

IV. Wohnung.

Hoffmann, Über das Wärmeleitungsvermögen des Linoleums als Fussbodenbelag im Vergleich zu Holz- und Estrichfussböden (Mastbaum-Cöln) 367
Heisse, Die staubbindenden Fussbodenöle, ihre Zusammensetzung, Eigenschaften und Verwendbarkeit in Buchdruckereien und Schriftgiessereien (Siegert-Cöln) 411
Krauss, Zur Wohnungshygiene (Laspeyres) 505

V. Ernährung, Nahrungs- und Genussmittel.

Oeder, Die Fettpolsterdicke als Index des Ernährungszustandes bei Erwachsenen (Boas-Berlin) 80
Heuser, Zur Frage nach der Pathogenität der beim Menschen, bei Tieren und in gesund aussehenden Fleischwaren nachgewiesenen Bakterien und der Enteritisgruppe (Peusquens) 87

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:38 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Seite

Berg, Die forensische Bedeutung der Fleischvergiftung, an Düsseldorfer Gruppenerkrankungen erläutert (Laspeyres) 167
Clevisch, Die Versorgung der Städte mit Milch (Czaplewski-Cöln) 240
Juckenack, Die Verdrängung verfälschter und minderwertiger Erzeugnisse vom Nahrungsmittelmarkt als Folge intensiverer Lebensmittelüberwachung (gemessen an ihren Erfolgen an Hand statischer Erfahrungen) (Grisar-Bonn) 370
Leonhard, Eine unerwartete Folgeerscheinung des neuen Weingesetzes (Grisar-Bonn) 370
Ficker, Über die Bedeutung indifferenter Stoffe bei der Salizylkonservierung (Lehmann-Cöln) 418
Zweifeli, Bakteriologische Untersuchungen von rohem Hackfleisch mit besonderer Berücksichtigung der Bazillen der Paratyphusgruppe (Lehmann-Cöln) 418
Hanne, Die Kochpasteurisierung von Kindermilch im Hamburger Milchpasteur (Siegert-Cöln) 419
Fletscher, Die Esssucht und ihre Bekämpfung (Laspeyres) . . 506
Haig, Harnsäure als ein Faktor bei der Entstehung von Krankheiten (Laspeyres) 507

VI. Gesundheitspflege des heranwachsenden Geschlechts, einschl. Säuglings-, Schulhygiene usw.

Neter, Sorgen und Fragen in der Kinderpflege (Kaupe-Bonn) . 78
von Schenkendorff, Denkschrift über nationale Erziehung durch Leibesübungen (Laspeyres) 159
Bachmann, Fürsorgeerziehung der in Krankenhäusern untergebrachten Kinder (Einert-Dresden) 248
Hanauer, Stillenquêten und Stillpropaganda (Kaupe-Bonn) . . . 249
Tugendreich, Die Fürsorge für die Kleinkinder (im Alter von 2 bis 6 Jahren) (Kaupe-Bonn) 249
Uffenheimer, Soziale Säuglings- und Jugendfürsorge (Kaupe-Bonn) 249
Weinberg, Die Sterblichkeit der Kinder der Tuberkulösen, insbesondere nach der Geburtszeit (Kaupe-Bonn) 250
Levinsohn, Die Entstehung der Kurzsichtigkeit (Boas-Berlin) . . 256
Kullrich, Erfahrungen über den Anstrich von Fussböden mit Stauböl (Steuernagel-Cöln) 366
Heller, Schiller und Taube, Enzyklopädisches Handbuch des Kinderschutzes und der Jugendfürsorge (Siegert-Cöln) . . . 408
Dietrich und Gebauer, Die Mutter (Siegert-Cöln) 409
Grossherz, Zentrale für Mutter- und Säuglingsfürsorge in Hessen-Darmstadt (Siegert-Cöln) 409
Langermann, Der Erziehungsstaat nach Stein-Fichteschen Grundsätzen in einer Hilfsschule durchgeführt (Lehmann-Cöln) . . 409
Inaba, Über das Kenotoxin Weichardts in der Ausatmungsluft (Siegert-Cöln) 415
Fortschritte des Säuglingsschutzes 511
Kirstein, Grundzüge für die Mitwirkung des Lehrers bei der Bekämpfung ansteckender Krankheiten (Laspeyres) 512

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:38 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

VII. Gesundheitspflege der Erwachsenen, einschl. Krankenversorgung, Gewerbehygiene, Fürsorge für Tuberkulöse und Alkoholiker.

Seite

Setz, Grundzüge des modernen Krankenhausbaues (Kleefisch-Cöln) 78
Siebelt, Kur- und Körpergewicht (Boas-Berlin) 81
Kirsch, Über plötzliche Todesfälle in den Kurorten (Boas-Berlin) 81
Cemach, Differential-diagnostische Tabellen der inneren Krankheiten (Laspeyres) 158
Weinberg, Die Schwindsuchtssterblichkeit in staubigen Betrieben nach neuen amerikanischen und englischen Statistiken (Laspeyres). 161
Bogner, Krankheits- und Sterblichkeitsverhältnisse bei den Porzellanarbeitern in Deutschland, insbesondere im Bezirk Selb-Rehau in Bayern (Peusquens) 162
Klocke, Jahresberichte der preussischen Regierungs- und Gewerberäte. Mitteilungen über eine Erkrankung der Haut, genannt „Nickelkrätze", oder besser „Nickelflechte" (Gottschow-Cöln) 163
Meyer, Das Fernheizwerk der städtischen Krankenanstalten zu Essen a. d. Ruhr (Oslender-Düsseldorf) 244
Kieslinger, Emilie, u. Karl Wirth, Die Krankenkost (—t) . . 247
Papini, Portorose in Istrien (Laspeyres) 248
Auskunfts- und Fürsorgestellen für Lungenkranke (Pröbsting) . 252
Best, Ist Schutz der Augen vor ultraviolettem Licht notwendig? (Pröbsting) 254
Voege, Die ultravioletten Strahlen der modernen künstlichen Lichtquellen und ihre angebliche Gefahr für das Auge (Pröbsting) 364
Vogt, Schädliche Lichtquellen und Schutzgläser gegen dieselben (Pröbsting) 365
Klingelshöffer, Das menschliche Auge und seine wichtigsten Erkrankungen (Pröbsting) 366
Peyser, Die gewerblichen Erkrankungen und Verletzungen des Gehörs bei den Industriearbeitern mit besonderer Berücksichtigung der Schädigungen durch Betriebslärm (Kaupe-Bonn). . 369
Risel, Tödliche Vergiftung durch Einatmung untersalpetersaurer Gase (Grisar-Bonn) 369
Schürmann, Die Bedeutung der deutschen Lungenheilstätten für die Bekämpfung der Tuberkulose als Volkskrankheit (Grisar-Bonn). 372
Rehwald, Die Apotheker und das Kurpfuscherhandwerk (Boas-Berlin) 378
Simon, Über Wirkungen und Nebenwirkungen von Brustumschlägen (Boas-Berlin) 379
Tugendreich, Landsberg und Weinberg, Die Mutter- und Säuglingsfürsorge (Siegert-Cöln). 407
Schablowski, Über Respiratoren bei gewerblichen Arbeiten (Siegert-Cöln) 410
Niemann, Über Vergiftungen mit bleihaltigem Brotmehl in Negenborn (Lehmann-Cöln) 416
Favre, Ein neuer Pavillontypus für epidemische Kranke (Siegert-Cöln) 422
Blume, Der Samariter (Laspeyres) 513

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Selte

Witthauer, Leitfaden für Krankenpflege im Krankenhaus und in der Familie (Laspeyres) 513
Pütter, Alkoholiker-Fürsorge 513
Olivier, The pathology and treatment of injuries-caused by electricity (Laspeyres) 514

VIII. Ansteckende Krankheiten und Krebs.

Fischer, Hohn und Stade, Die Ruhrepidemie des Jahres 1909 in Essen (Beltz-Cöln) 85
Fornet, Beiträge zur Physiologie der Typhusverbreitung (Peusquens) 86
Niepraschk, Beitrag zur Kenntnis der Verbreitung des Typhus durch Dauerausscheider (Peusquens) 86
Soehla, Über die Desinfektionswirkung des Bügelns in der Prophylaxis von Infektionskrankheiten (Beltz-Cöln) 87
Uyama, Tsuruki, Ostida, Matsudi, Über die Schnell- und Massendesinfektionsmethode mit Formalin-Wasserdampf, das japanische Verfahren (Mastbaum-Cöln) 88
Grätzer, Die wichtigsten Krankheiten. Wie erkennt man sie rechtzeitig und welche Gefahren bringen sie? (Laspeyres) . . . 158
Hart, Kindheitsinfektion und Schwindsuchtsproblem vom Standpunkt der pathologisch-anatomischen Forschung und die Prophylaxe der tuberkulösen Lungenschwindsucht (Laspeyres) 160
Reicher, Tuberkelbazillennachweis im Sputum nach der Uhlenhuthschen Antiforminmethode (Boas-Berlin) 161
Ronzani, Über den Einfluss der Einatmungen reizender Gase auf die Verteidigungskräfte des Organismus gegenüber den infektiven Krankheiten (Savels) 161
Bachem, Selter und Finkler, Die von Zülpich im Sommer 1909 ausgehende Epidemie von Lungenerkrankungen und der heutige Stand der Psittacosisfrage (Beltz-Cöln) 163
Busse, Die übertragbare Genickstarre (Lehmacher-Cöln) . . . 164
Gerland, Über die Bekämpfung der Einschleppung der Pocken in Preussen (Peusquens) 164
Spieler, Zur Epidemie der Heine-Medinschen Krankheit in Wien 1908/09 (Lehmacher-Cöln) 165
Huber, Über das Erlöschen der Mikrosporieepidemie in Schöneberg (Boas-Berlin) 166
Koch, Über abortive Tollwut (Peusquens) 166
Babes, Über die Notwendigkeit der Abänderung des Pasteurschen Verfahrens der Wutbehandlung (Mastbaum-Cöln) 167
Blumenthal, Die Infektiösität der bösartigen Geschwülste (Boas-Berlin) 169
Kern, Über den Einfluss des Alkohols auf die Tuberkulose (Korrespondenz des Vereins abstinenter Ärzte) 253
Kawai, Neuere Methoden zum Nachweis von Tuberkelbazillen im Sputum und in pathologischen Sekreten und Geweben (Klein-Bonn) 373
Kühnemann, Neuere Erfahrungen über Epidemiologie und Bekämpfung des Typhus (Grisar-Bonn) 375
Lentz, Die Bedeutung der Keimträger in Irrenanstalten (Grisar-Bonn) 376

Generated on 2019-12-14 17:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA

Seite

Alt, Die neueste Behandlung der Syphilis und ihre Bedeutung für die öffentliche Gesundheitspflege (Laspeyres) 372
Ghiglione, Sui metodi adoperati nel porto di Genova par l'uccisione dei topi a bordo e sulla desinfezione delle navi mediante l'apparecchio Clayton (Pröbsting) 377
Kirchner, Schutzpockenimpfung und Impfgesetz (Siegert-Cöln) 405
Kolle und Hetsch, Die experimentelle Bakteriologie und die Infektionskrankheiten (Czaplewski-Cöln) 405
Abel, Bakteriologisches Taschenbuch. Die wichtigsten technischen Vorschriften zur bakteriologischen Laboratoriumsarbeit (Czaplewski-Cöln) 407
Kobrak, Respiratoren zum Schutz gegen die Einatmung infektiöser Tröpfchen und Stäubchen (Siegert-Cöln) 410
Heuser, Zur Frage nach der Pathogenität der beim Menschen, bei Tieren und in gesund aussehenden Fleischwaren nachgewiesenen Bakterien der Enteritisgruppe (Siegert-Cöln) 419
Lentz und Huntemüller, Experimentelle Poliomyelitis (Siegert-Cöln) 420
Seiffert, Über die Abtötung pathogener Keime durch Bestrahlung der Milch mit ultraviolettem Licht (Siegert-Cöln) 420
Herzfeld, Vergleichende Versuche mit der Antiformin-, Lignoin- und Ellermann-Erlandschen Methode zum Nachweis von Tuberkelbazillen im Sputum (Siegert-Cöln) 421
Jürgensen, Über den Wert verschiedener Homogenisierungs- und Sedimentierungsmethoden behufs des Nachweises von Tuberkelbazillen im Sputum (Siegert-Cöln) 421
Kern, Über den Einfluss des Alkohols auf die Tuberkulose (Siegert-Cöln) 421
Köhlisch, Untersuchungen über die Bedeutung der Opsonine bei der Tuberkulose (Siegert-Cöln) 421
Heyde, Über die Bedeutung anaerober Bakterien bei der Appendizitis (Boas-Freiburg i. B.) 422
Schablowski, Bettfederreinigungsanstalten als Verbreiter von Kontagien (Siegert-Cöln) 422
Bekämpfung der Syphilis in Dresden (Einert) 514
Ehrlich, Grundlagen und Erfolge der Chemotherapie (Laspeyres) 516

D.

Verzeichnis der bei der Redaktion eingegangenen neuen Bücher etc. 89
256. 379. 423. 518

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Generated on 2019-12-14 17:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF IOWA

Erster Bericht

über die Tätigkeit der Städtischen Auskunfts- und Fürsorgestelle für Lungenkranke in Dortmund vom 1. Januar 1908 bis 31. März 1910.

Leiter: Stadtrat **Dr. Cremer** und Stadtarzt **Dr. Köttgen.**

Im Auftrage der Leiter bearbeitet

von

Stadt-Assistenzarzt Dr. Dembowski,
Arzt der Lungenfürsorgestelle.

Der vorliegende Bericht soll nicht nur eine Statistik darstellen, sondern er beabsichtigt, eine ausführliche, kritische Darstellung des ärztlichen und wirtschaftlichen Betriebes der hiesigen Fürsorgestelle zu geben. Es veranlasst uns hierzu der Gedanke, dass die praktischen Frfahrungen, welche grosse Fürsorgestellen allmählich sammeln, nicht ohne Wert für die engere und weitere Allgemeinheit im Kampfe gegen die Tuberkulose sein werden. Dementsprechend hat der Bericht einen grösseren Umfang angenommen; er zerfällt in mehrere Abschnitte.

Der erste soll eine vollständige, aber ganz kurze Darstellung des gesamten Betriebes der Fürsorgestelle geben, an deren Hand sich jeder die nötige Übersicht sofort verschaffen kann.

Der zweite enthält dann die näheren Ausführungen der im ersten Teile angegebenen Punkte.

Der dritte enthält die statistischen Daten.

Den Anhang endlich bildet eine Zusammenstellung sämtlicher für unsere Fürsorgetätigkeit bisher in Betracht kommenden Kurorte, Heileinrichtungen usw. mit Angabe ihrer näheren Bestimmungen, Preise usw.

I.

Auf Anregung des Dezernenten für das Armenwesen und des Stadtarztes wurde im Beginne des Jahres 1907 die Gründung einer Auskunfts- und Fürsorgestelle für Lungenkranke für den Stadtkreis Dortmund in Angriff genommen. Im Sommer desselben Jahres trat

Gründung der Fürsorgestelle.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

dann nach Erledigung der notwendigen Vorarbeiten zur Ausführung dieses Gedankens ein Komitee zusammen, dem ausser den beiden Genannten die Vorstandsmitglieder der gemeinnützigen und wohltätigen Frauenvereine der Stadt angehörten. Der regen Tätigkeit dieses Komitees gelang es schnell, die notwendigen Mittel durch Inanspruchnahme der Stadt, der Landesversicherungsanstalt Westfalen, des Zentralkomitees in Berlin, des Wohltätigkeitsvereins usw. zusammenzubringen, so dass die Eröffnung der Fürsorgestelle am 2. Januar 1908 in drei zusammenhängenden Räumen des der Stadt gehörigen Hauses Betenstrasse 32 erfolgen konnte.

Die Fürsorgestelle war — der Grösse und Zusammensetzung des städtischen Gemeinwesens entsprechend — als eine gemeinnützige, nicht als wohltätige Einrichtung gedacht, und dem entsprachen die von vorneherein festgelegte straffe Organisation und die Bestreitung der Kosten aus öffentlichen Mitteln. Aufgebracht werden diese von der Stadt aus den Sparkassenüberschüssen und durch einen Zuschuss der Landesversicherungsanstalt Westfalen.

Organisation. Leitung.

Die Leitung liegt in den Händen des Dezernenten für das Armenwesen und des Stadtarztes.

Die ärztliche Tätigkeit übernahm Herr Stadt-Assistenzarzt Dr. Stade.

Personalveränderungen.

Einige Personalveränderungen gingen während der beiden Jahre insofern vor sich, als an Stelle von Herrn Stadtrat Dr. Glum dessen Nachfolger Herr Stadtrat Dr. Cremer am 15. Februar 1909 die Leitung der Fürsorgestelle übernahm und am 1. September 1909 an Stelle des Fürsorgearztes Herrn Stadt-Assistenzarzt Dr. Stade dessen Nachfolger Dr. Dembowski trat.

Fürsorgearzt.

Die ärztliche Tätigkeit wird bisher von dem zweiten Stadt-Assistenzarzt ausgeübt, der zugleich das unter der Leitung des Stadtarztes stehende hygienisch-bakteriologische Laboratorium der Stadt verwaltet, in welchem auch die Sputum-Untersuchungen erfolgen.

Fürsorgeschwestern.

Als Fürsorgeschwestern sind, den hiesigen Verhältnissen entsprechend, eine evangelische und eine katholische Schwester angestellt, für deren Arbeitsleistung die Fürsorgestelle die Vergütung an die Mutterhäuser zahlt.

Sprechstunden.

Ärztliche Sprechstunden fanden bis zum 1. April 1910 viermal wöchentlich morgens von 9—10 Uhr statt; da sie aber bereits vom zweiten Jahre ab nicht mehr gereicht hatten, wurden sie von diesem Termine an für die Zeit von 9—$10^1/_2$ Uhr festgelegt.

Die Sprechstunden der Schwestern sind täglich von 2—4 Uhr in der Fürsorgestelle, und zwar von Montag bis Mittwoch die der evangelischen und von Donnerstag bis Sonnabend die der katholischen, während die evangelische Schwester am Donnerstag und Freitag, die katholische am Montag und Mittwoch dem Arzte ihre Kranken

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

vorführt. Selbstverständlich nehmen die Schwestern erforderlichen Falles auch die Angehörigen der anderen Konfession an, wie sie sich überhaupt völlig gegenseitig vertreten.

Aufgaben der Fürsorgestelle.

Wir gehen nun zu der Aufgabe der Lungenfürsorgestelle über, die in einem energischen Kampfe gegen die Tuberkulose besteht. Dieser wird geführt durch möglichst frühe Diagnose der Krankheit, durch Erschliessung der Heilwege für die Heilbaren und durch Verpflegung und möglichste Unschädlichmachung der Unheilbaren und dauernden Bazillenhuster, sowie durch fortlaufende Überwachung aller Tuberkulösen.

Bestimmungen über die Annahme v. Patienten.

Infolgedessen müssen nicht nur die von den Ärzten überwiesenen Kranken untersucht werden, sondern auch alle von selbst die Fürsorge aufsuchenden Personen sowie sämtliche Familienangehörigen sicher Tuberkulöser, jedoch nur dann, wenn sie sich nicht in ärztlicher Behandlung befinden. Stehen sie jedoch in ärztlicher Behandlung, so müssen sie einen Überweisungsschein des betreffenden Arztes beibringen.

Diagnostik.

Untersuchungsmethoden.

Die physikalische Untersuchung von Lunge und Herz erfolgt stets auf das genaueste durch Perkussion und Auskultation, in zweifelhaften Fällen mehrmals.

Zahl der Untersuchungen.

Erfahrungsgemäss können in der $1^1/_2$stündigen Sprechstunde neben der Erledigung der laufenden Geschäfte etwa sechs gründliche physikalische Untersuchungen vorgenommen werden. Bei ausgesprochenen Tuberkulosen geht es entsprechend schneller.

Sputumuntersuchung.

In allen verdächtigen Fällen erfolgt Sputumuntersuchung.

Röntgenuntersuchung.

Ist hiernach trotz bestehenden Verdachtes eine exakte Diagnose noch nicht möglich, so ist seit Anfang 1910 durch das liebenswürdige Entgegenkommen des städtischen Krankenhauses die Möglichkeit gegeben, durch Röntgenaufnahmen, welche zum Selbstkostenpreise (1.50 und 2.50 M.) in dem Röntgenlaboratorium der inneren Abteilung hergestellt und begutachtet werden, auch da noch sichere Diagnosen zu stellen, wo dies sonst ohne klinische Beobachtung im Krankenhause, zu der die Leute selten zu bewegen wären, nicht möglich wäre. Naturgemäss sind das oft gerade die wichtigsten Fälle.

Tuberkulin-Injektionen.

Die subkutane Anwendung des Tuberkulins zur Diagnose wird von uns prinzipiell abgelehnt, da sie ambulant zwecklos, ja gefährlich ist und somit in die klinische Beobachtung gehört.

Impfung nach v. Pirquet.

Dagegen werden sämtliche Kinder bis zum 14. Lebensjahre der Kutanimpfung nach v. Pirquet mit 25% und 100% Alttuberkulin unterzogen.

Krankenbogen.

Der gesamte Befund wird in den Krankenbogen eingetragen, der physikalische Befund in zwei Thorax-Schemata (Brust- und Rückenansicht) nebst kurzem erläuternden Text.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Behandlung. Eine ärztliche Behandlung findet prinzipiell nicht statt; ebenso werden Atteste nicht ausgestellt.

Fürsorgemassnahmen. Arbeit der Schwestern. Ist eine positive Diagnose gestellt, so tritt die eigentliche Fürsorgetätigkeit ein, deren praktischer Teil naturgemäss in den Händen der gründlich ausgebildeten Schwestern liegt. Die Schwestern haben zunächst die Bücher zu führen, die Krankenbogen, welche dem Arzte bei der Untersuchung zur sofortigen Orientierung über den Patienten vorgelegt werden, auszufüllen und den sehr umfangreichen Schriftwechsel der Fürsorge zu erledigen, mit Ausnahme der von dem Fürsorgearzte an die praktischen Ärzte gerichteten Mitteilungen. Weiterhin begleiten sie Kinder auf der Eisenbahnfahrt in Heilstätten und Erholungsheime, ziehen die notwendigen Erkundigungen bei den Kassenärzten ein und richten diesen die mündlichen Bestellungen des Fürsorgearztes aus. Endlich übermitteln sie den Leitern der Fürsorge die von dem Fürsorgearzte als notwendig erachteten helfenden Massnahmen, die auf dem Krankenbogen vermerkt werden, und erledigen die notwendigen Anfragen bei den Kassen, Werken, Behörden, Vereinen und der Armenverwaltung.

Wohnungskontrolle. Ihre wichtigste Tätigkeit jedoch ist das Aufsuchen der Kranken in der Wohnung, die Aufklärung und Unterweisung der Kranken und Gefährdeten, das Herbeiholen der Angehörigen von sicher Tuberkulösen zur Untersuchung und endlich die ständige Überwachung und Wohnungskontrolle der Tuberkulösen und Gefährdeten.

Wir kommen zu den helfenden Massnahmen der Fürsorgestelle.

Hilfsquellen. Zunächst werden die Hilfsquellen, welche den Gefährdeten oder Leidenden meistens wenig oder gar nicht bekannt sind, zur Gewährung eines Heilverfahrens, eines Erholungsaufenthaltes usw. herangezogen, also die Krankenkassen, die Landesversicherungsanstalt, Stiftungen, der Wohltätigkeitsverein, die Wohlfahrtskassen und Stiftungen der grossen Werke und der Behörden, gegebenen Falles der einzelne Arbeitgeber und endlich die Armenkasse. Stets werden hierbei die Kassenärzte, falls die Patienten in einer Kasse sind, davon in Kenntnis gesetzt oder direkt um Vermittelung gebeten, wenn es sich um Krankenhausüberweisung oder Heilstättenantrag handelt. Bei Schulkindern erhält ausserdem der Stadtschularzt stets eine entsprechende Benachrichtigung.

Benachrichtigung der Kassenärzte.

Benachrichtigung des Schularztes.

Verwendung der laufenden Mittel. Die Fürsorgestelle selbst muss wegen der sehr grossen Nachfrage ihre Mittel für laufende Ausgaben — zurzeit etwa 420 M. im Monat — in erster Linie für die Wohnungs- und Ernährungsfürsorge für die Bazillenhuster verwenden, da dies zweifellos die wichtigste Bekämpfungsart der Ausbreitung der Tuberkulose darstellt. Infolgedessen wird dies Geld zunächst zur unentgeltlichen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Abgabe von Wäschebeuteln, Spuckflaschen und -gläsern, Rohlysoform zur Desinfektion, Milchlieferung sowie Beschaffung eigenen Bettes resp. Zimmers an bedürftige Tuberkulöse, welche Bazillen im Auswurf haben, herangezogen.

Zuschüsse zu Kuren.

Nur der Überschuss kann zu den oft nicht zu umgehenden Zuschüssen zu Erholungs- und Heilstättenkuren, bzw. der Anschaffung der dazu notwendigen Kleidungsstücke, verwandt werden.

Desinfektion.

Die Desinfektion der Betten und Wohnungen übernimmt dankenswerterweise die städtische Desinfektionsanstalt für die Fürsorge unentgeltlich, nur muss diese den Transport der Betten nach der Anstalt und zurück zur Wohnung, insgesamt 4.— M., bezahlen. Streng wird aus erzieherischen Gründen darauf geachtet, dass auch von seiten der Patienten stets ein Zuschuss, und seien es in Notfällen auch nur fünf oder zehn Mark, zu hygienischen Massnahmen oder Kuren, welche grössere Geldmittel erfordern, gezahlt wird, natürlich nur dann, wenn sie es ohne Schaden leisten können.

Zuschüsse seitens der Patienten.

Bewilligung d. Vorschläge des Fürsorgearztes.

Die als notwendig erachteten Massnahmen werden vom Fürsorgearzt in dem Krankenbogen vermerkt und den beiden Leitern zur Entscheidung und Bewilligung vorgelegt.

Zusammentritt des Komitees.

Am Schlusse eines jeden Geschäftsjahres endlich tritt das Komitee nach vorheriger Einladung durch die Leiter zusammen, um den Geschäftsbericht für das verflossene und den Kostenvoranschlag für das folgende Jahr entgegenzunehmen und diesen zu bewilligen.

II.

Der folgende Abschnitt soll die näheren Ausführungen zu dem im vorigen Abschnitte Gesagten bringen.

Räume der Fürsorgestelle.

Die Räume der Fürsorgestelle befinden sich in dem der Stadt gehörigen Hause Betenstrasse 32, das bisher an Privatleute vermietet war, allmählich jedoch ausschliesslich städtischen Zwecken dienstbar gemacht werden soll, nachdem im August dieses Jahres bereits das städtische Medizinalamt und die Diensträume des Stadtschularztes dorthin verlegt worden sind.

Die Räume der Fürsorgestelle bestehen aus drei Zimmern, welche hintereinander im Erdgeschoss des Hauses liegen und zu denen ein besonderer Eingang von der Strasse aus führt, der zunächst auf einen kleinen Vorflur mündet.

Über diese für eine grosse Fürsorgestelle als Mindestforderung geltende Anzahl von Zimmern konnte man leider nicht hinausgehen, da nur diese drei in dem betreffenden Flügel des Hauses vorhanden waren. Sie reichen jedoch kaum aus, so dass in nächster Zeit die Hinzugewinnung mindestens eines weiteren Raumes beantragt werden wird.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Der erste Raum dient als Warteraum und enthält dementsprechend eine Anzahl von Stühlen. Der zweite ist das Arbeitszimmer der Schwestern, welche hier ihre Sprechstunden abhalten, die Wägungen und Temperaturmessungen vornehmen und den Patienten, welche das Arztzimmer nach der Untersuchung verlassen, nach Rücksprache mit dem Arzte die nötigen Weisungen geben.

In diesem Raume entkleidet sich nach Möglichkeit auch der jeweils als nächster zu untersuchende Patient, und in ihm halten sich auch die nach v. Pirquet geimpften Kinder auf.

Das dritte Zimmer endlich ist das ärztliche Untersuchungszimmer.

Sämtliche drei Zimmer sind mit Linoleum ausgelegt, die Wände zweier Zimmer zur unteren Hälfte mit Ölfarbe gestrichen. zur oberen Hälfte getüncht. Das dritte wird demnächst ebenso eingerichtet werden.

Die Desinfektion geschieht in der Weise, dass jeden Morgen der Fussboden mit 5 % warmer Lysoformlösung aufgewischt wird. Alle 14 Tage erfolgt durch die städtische Desinfektionsanstalt eine gründliche Desinfektion, indem der Fussboden zunächst mit 2 % Sublimatlösung behandelt und dann eine Formalin-Desinfektion vorgenommen wird.

Aufnahmebedingungen f. Patienten.

Wenden wir uns nun den die Fürsorge aufsuchenden Patienten zu, so ergibt sich zunächst die schon viel erörterte Frage, ob nur solche Patienten zur Untersuchung angenommen werden sollen, welche von praktischen Ärzten überwiesen werden, oder auch nicht überwiesene. Eine prinzipielle Beantwortung dieser Frage, die ja so häufig in der medizinischen Fachpresse bei Gründungen von Lungen- und Säuglingsfürsorgestellen aufgeworfen wird, lässt sich zweifellos überhaupt nicht geben; es wird das eben stets von der Art des Gemeinwesens abhängen, für welches die Fürsorgestelle bestimmt ist.

Unter keinen Umständen darf natürlich der Ärztestand durch derartige gemeinnützige Einrichtungen in seinen berechtigten Interessen geschädigt werden, da er sonst zur Gegnerschaft gegen diese gezwungen wäre, während seine tätige Anteilnahme von ausschlaggebender Bedeutung für sie ist.

Von diesem Gesichtspunkte aus wurde zunächst ein beamteter Arzt, welcher der Praxis also fernsteht, mit der Wahrnehmung der ärztlichen Tätigkeit an der hiesigen Lungenfürsorgestelle betraut. Es ergab sich nun alsbald, dass in unserer Stadt von der prinzipiellen Forderung einer ärztlichen Überweisung Abstand genommen werden müsse, da sie praktisch nicht durchführbar war, wenn man der Tuberkulose wirklich bis in ihre Anfänge und in ihre

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Schlupfwinkel nachgehen wollte, was doch der Endzweck der Fürsorgestellen ist.

Die hiesige Bevölkerung besteht, was bei einer reinen Industriestadt wie Dortmund selbstverständlich ist, zum weitaus überwiegenden Teile aus Arbeitern und ist, wenigstens im Stadtbezirk Dortmund, nicht bodenständig, sondern in einem ewigen Flusse durch Zu- und Abwanderung, besonders der Polen. Die meisten Familien — mit etwa 21 bis 23 Jahren sind die Männer recht häufig schon verheiratet — sind sehr kinderreich.

Es ist nun den überlasteten Kassenärzten, in deren Sprechstunden häufig Dutzende von Patienten der Abfertigung harren, nicht zuzumuten, die ganze Familie eines tuberkulösen oder tuberkuloseverdächtigen Patienten sofort gründlich durchzuuntersuchen; es wäre ihnen dies schon wegen Zeitmangels einfach unmöglich. Und doch ist gerade die Familienuntersuchung der Tuberkulösen oder Verdächtigen das erste Erfordernis, da nur so die Tuberkulose in ihren Anfängen entdeckt und bekämpft werden kann.

Die Schulärzte — Dortmund hat einen im Hauptamt tätigen Stadtschularzt und sieben nebenamtlich beschäftigte — welche neben den Kassenärzten fast ausschliesslich in Betracht kommen, senden fast alle die tuberkuloseverdächtigen Fälle ohne weiteres zur Fürsorgestelle.

Dazu kommen noch die von den Geistlichen wegen Verdachtes auf Lungenerkrankung geschickten Kinder wie auch die noch nicht schulpflichtigen.

Alle diese Kinder — um diese handelt es sich praktisch in erster Linie — zunächst Ärzten zwecks Rücküberweisung zuzusenden, wäre undurchführbar und zwecklos. Von Erwachsenen, welche nicht überwiesen werden, kommen eigentlich nur solche, welche keinen Kassenarzt haben, und Eltern von solchen Kindern in Betracht, bei denen der Stadtschularzt sichere Tuberkulose oder schweren Verdacht festgestellt hat und eine Infektion in der Familie auf Grund seiner anamnestischen Erhebungen vermutet. Diese Eltern werden dann der Fürsorgestelle namhaft gemacht und hier untersucht.

Wenn es sich nach dem eben Gesagten praktisch alsbald als unmöglich erwiesen hat, nur überwiesene Patienten zur Untersuchung anzunehmen, so haben sich erfreulicherweise dieserhalb Zwistigkeiten mit den praktischen Ärzten noch nie ergeben; im Gegenteile, das Verhältnis der Ärzte zur Fürsorgestelle ist das denkbar beste, was am klarsten aus der Menge der Überweisungen, welche die Fürsorgestelle nur noch mit Mühe erledigen kann — speziell auch zu diagnostischen Zwecken — erhellt.

Gerade dieser Umstand, dass die Zahl der Patienten zu gross

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wurde, legte uns später mehrmals den Gedanken wieder nahe, nur Überwiesene anzunehmen; doch mussten wir aus den erwähnten Gründen immer wieder davon Abstand nehmen, wenn wir unserer Aufgabe gerecht werden wollten.

Als der beste Weg, um unsere Zwecke zu erfüllen, ohne die Interessen der Ärzte zu schädigen, hat sich folgender erwiesen:

Nach Möglichkeit sollen die Patienten eine Überweisung von einem Arzte beibringen. Diese ist nicht unbedingt erforderlich, wenn es sich um Familienmitglieder, besonders Kinder, von Tuberkulösen oder Verdächtigen, sowie um Patienten handelt, welche keinen Kassenarzt haben. Prinzipiell abgewiesen werden Patienten, welche sich zurzeit in anderer ärztlicher Behandlung befinden und keine Überweisung haben; sie müssen diese dann erst beibringen. Die ohne Überweisung Untersuchten erhalten bei Befund oder begründetem Verdacht umgekehrt von der Fürsorge einen diesbezüglichen kurzen Bericht an ihren Kassenarzt mit den eventl. Vorschlägen betreffend Überweisung an ein Krankenhaus, Heilstättenantrag usw., so dass die betreffenden Atteste, Überweisungen usw., soweit sie nötig sind, stets von den praktischen Ärzten ausgestellt werden und diese die Patienten auch in ihrer Behandlung behalten können. Ebenso erhält der Stadtschularzt wöchentlich ein Verzeichnis der ermittelten kranken Schulkinder. Ist ein helfendes Eingreifen der Fürsorgestelle notwendig, so werden die Patienten dieser meistens umgehend rücküberwiesen.

Benachrichtigung der Kassenärzte.

Benachrichtigung der Schulärzte.

Unter strenger Einhaltung dieser Grundsätze, wie durch grundsätzliche Ablehnung jeder Behandlung ist das Verhältnis zwischen Ärzten und Lungenfürsorgestelle bisher, wie gesagt, das denkbar beste gewesen.

Von den Angenommenen nehmen die Schwestern, welche diese Auslese bereits in ihren Sprechstunden treffen müssen, einen genauen Bericht auf und tragen diesen in den vorgedruckten Krankenbogen ein. Dieser umfasst folgende Fragen: Namen, Alter, Beruf, Kassenangehörigkeit und Namen des überweisenden resp. Kassenarztes. Ferner Erwerbs-, Wohnungs- und Familienverhältnisse, frühere Krankheiten, erbliche bzw. Familienbelastung. Endlich werden Gewicht und Temperatur festgestellt.

Ausfüllung des Krankenbogens der Angenommenen.

Unter Vorlegung dieses Krankenbogens und der ev. ärztlichen Überweisung werden die Patienten der Reihe nach zur Untersuchung vorgeführt. Es müssen, mit einer gleich zu besprechenden Ausnahme, sämtliche Patienten — sowohl untersuchte als auch nicht untersuchte — physikalisch untersucht werden, um zu sehen, ob und welche Fürsorgemassnahmen getroffen werden müssen.

Untersuch.-methoden im allgemeinen.

Diagnosestellung.

Nur seitens des Stadtschularztes wie einiger Kassenärzte werden vielfach physikalisch bereits genau untersuchte Kinder nur

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zum Zwecke der von Pirquetschen Kutanimpfung und zur Sputumuntersuchung der Fürsorge überwiesen. Bei diesen wäre eine nochmalige physikalische Untersuchung zwecklos und wird daher unterlassen.

Sputumuntersuchung.

Die Sputumuntersuchung erfolgt im hygienisch-bakteriologischen Institute der Stadt Dortmund, an dem der Fürsorgearzt zugleich Assistent ist. Die Betreffenden erhalten — wie auch die Bazillenhuster — eine Dettweilersche Speiflasche, in der sie das Sputum auffangen. Diese Flaschen geben sie in der Fürsorge ab, von wo aus sie dann an zwei Tagen der Woche nach dem bakteriologischen Institute abgeholt werden.

Vorsichtsmassregeln zur Vermeidung irrtüml. Auffindung v Tuberkelbazillen.

Angewandt werden ausschliesslich die Antiformin-Ligroin Methode und die Färbung nach Ziehl. Es werden stets nur ganz neue Objektträger gebraucht, um unliebsame Täuschungen zu vermeiden, welche dadurch entstehen, dass an noch so gut gereinigten Objektträgern zuweilen noch färbbare Tuberkelbazillen haften.

Die Speiflaschen wie die besonders angefertigten Reagensgläser mit eingeschliffenem Stopfen, welche zur Auflösung des Sputums mit Antiformin und zum Ausschütteln mit Ligroin dienen, werden zunächst fünf Tage in 5 %iges Karbolwasser gelegt, dann zwei Stunden lang gekocht und endlich mechanisch gründlich gereinigt. So ist die Gefahr, Bazillen zu finden, die nicht von dem betreffenden Patienten stammen, nach Möglichkeit ausgeschaltet.

Untersuch.-methoden bei Kindern. v. Pirquetsche Impfung.

Die Hautimpfung nach von Pirquet geschieht nach der Originalvorschrift mittels eines Platiniridiumbohrers. Auf die obere der drei Erosionen kommt ein Tropfen 25 %iges, auf die untere 100%iges Alttuberkulin, welches mit einem ganz kleinen Wattebäuschchen bedeckt wird und etwa eine Viertelstunde lang eintrocknet. Die mittlere dient zur Kontrolle. Zur Nachschau werden die Kinder zwei resp. drei Tage später bestellt.

Die Ärzte erhalten dann über das Ergebnis folgenden kurzen schriftlichen Bericht:

Befundbericht an die pr. Ärzte.

Kind XX. Sputum: Tuberkelbazillen positiv, resp. negativ. Pirquet: positiv, resp. negativ. Falls vorhanden, wird der physikalische Befund kurz angegeben.

Befundbericht an den Stadtschularzt.

Der Stadtschularzt erhält, wie bereits gesagt, am Schlusse jeder Woche eine Zusammenstellung der Pirquet- und Auswurfuntersuchungen der von ihm gesandten Kinder sowie einen Befundbericht über die sonst durch die Fürsorgestelle ermittelten sicher tuberkulösen oder begründet verdächtigen Schulkinder, und zwar unter Angabe der Schule und der Klasse. Er teilt dies den betreffenden anderen Schulärzten mit, soweit die Kinder nicht Schulen angehören, die unter seiner ärztlichen Aufsicht stehen. Alle diese Kinder er-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

halten dann einen Überwachungsbogen und stehen somit bis zur Schulentlassung unter ständiger schulärztlicher Kontrolle.

Wert der v. Pirquetschen Impfung.

Wenn es nun vielleicht auffallend ist, dass die so einfache Pirquetsche Kutanimpfung nicht von den Ärzten selbst ausgeführt wird, so liegt das daran, dass sie sich bei denselben noch nicht eingebürgert hat. Ausserdem bleiben erfahrungsgemäss in den Sprechstunden des Stadtschularztes, dem keine Schwestern zur Seite stehen, viele Kinder zur Nachschau aus. Fraglos bedeutet die Einführung der Hautimpfung nach von Pirquet einen grossen Fortschritt in der Diagnostik der kindlichen Tuberkulose; nicht nur insofern als nachgewiesen wird, ob überhaupt einmal Tuberkelbazillen sich in dem betreffenden Körper festgesetzt haben, was an sich schon sehr bedeutungsvoll wäre, sondern auch insofern als — wenigstens häufig — durch eine starke lokale Reaktion die Vermutung einer beginnenden aktiven Tuberkulose gestützt wird.

Schwierigkeiten b. der Diagnose der kindlichen Tuberkulose.

Immerhin bleibt diese Diagnose wenigstens in den Anfangsstadien oft noch sehr schwer, vielfach beinahe unmöglich, wenn nicht gerade typische Skrofulose vorliegt. Der elende Allgemeinzustand ist kein Beweis für Tuberkulose; der physikalische Befund ist bei Kindern erstens recht schwierig zu erheben und zu deuten und zweitens, wie bekannt, überhaupt recht selten vorhanden. Hatten wir doch kürzlich noch ein Kind hier, bei dem trotz genauester Untersuchung auch von anderer Seite nicht der geringste physikalische Befund zu erheben war und der Verdacht auf Tuberkulose, der sich nur auf Verfall und Husten in der letzten Zeit stützte, durch den Nachweis massenhafter Bazillen im Sputum, wohl von einer nach dem Bronchus durchgebrochenen Hilusdrüse herrührend, bestätigt wurde. Die Hilusdrüsentuberkulose wie die peribronchitische Infiltration, die Hauptformen der kindlichen Tuberkulose, entziehen sich eben leider meistens unserem physikalischen Nachweise.

Am besten wird diese allbekannte Tatsache auch hier dadurch aufs neue erwiesen, dass von durchaus erfahrenen und sorgfältigen Ärzten einerseits die kindliche Tuberkulose öfters übersehen wird, weil sie eben physikalisch nicht nachweisbar ist, andererseits eine Anzahl von kränklichen Kindern mit der Diagnose „Spitzenkatarrh“ überwiesen werden, während objektiv sicher kein Spitzenkatarrh vorliegt, ja öfters überhaupt jede tuberkulöse Infektion fehlt. Die diagnostischen Schwierigkeiten sind eben hier zu gross. Eine exakte Diagnose aber selbst in so schwierigen Fällen ist wie in der ganzen Medizin, so auch in der Fürsorgestelle eine Forderung, die unbedingt erhoben werden muss, nicht nur im Interesse der wissenschaftlichen Medizin, die am allerwenigsten in öffentlichen Einrichtungen verflachen darf, oder weil die Ärzteschaft ein Recht

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

darauf hat, dass für die von ihr überwiesenen Patienten gewissenhaft gesorgt wird — und dazu ist eben die genaue Diagnose der Grundstein —, oder weil der einzelne — beim Kinde dessen Eltern — ein grosses Interesse daran hat zu wissen, ob er tuberkulös ist oder nicht. Die angeführten Gründe würden, ohne dass man gerade ein allzu grosser Idealist zu sein braucht, wohl schon genügen, aber letzten Endes ist diese exakte Diagnose auch eine recht materielle Frage, nämlich eine Geldfrage, und zwar für eine Stadt wie Dortmund gar keine ganz unbedeutende. Bei elenden, blutarmen Kindern, die aber tuberkulosefrei sind, genügen oft Aufklärung der Eltern, kleine Unterstützungen, vielleicht eine kurze Erholungskur neben Behandlung durch einen Arzt, um die besten Erfolge zu erzielen, während beim Vorhandensein wirklicher aktiver Tuberkulose erfahrungsgemäss nur gründliche Kuren, die recht kostspielig sind und fast ausschliesslich den Arbeitgebern der Eltern oder der Stadt zur Last fallen, einen Erfolg versprechen. Bei der grossen Anzahl gerade derartiger schwächlicher Kinder fällt dieser Punkt recht schwer ins Gewicht, da recht erhebliche Summen in Frage kommen.

Wichtigkeit der richtigen Diagnose der kindlichen Tuberkulose.

So bedeutete es einen sehr grossen und freudig zu begrüssenden Fortschritt, als im Beginne dieses Jahres auf unseren Antrag und auf liebenswürdige Unterstützung durch Herrn Oberarzt Dr. Rindfleisch das städtische Krankenhaus sich bereit erklärte, der Fürsorgestelle zum Selbstkostenpreise Röntgenaufnahmen zu liefern, und zwar Spitzen- und kindliche Thorax-Aufnahmen zu 1.50 M., grössere Aufnahmen zu 2,50 M.

Röntgenuntersuchung.

Wenn nun auf andere Weise trotz begründeten Verdachtes auf Tuberkulose ein sicherer Befund dauernd nicht erhoben werden kann, insbesondere wenn bei Kindern trotz anderer Symptome — vor allem physikalisch nachweisbarer katarrhalischer Lungenerscheinungen — der Pirquet dauernd negativ bleibt (Versager!), wird zum Röntgenverfahren gegriffen; in einzelnen Fällen auch bei differentialdiagnostisch wichtigen oder interessanten Fällen, z. B. bei Verdacht auf Bronchiektasien, kindlichem Emphysem, Lungentumoren, Kombination von Herzfehler und Lungentuberkulose, resp. deren in manchen Fällen bekanntlich recht schweren differentialdialgnostischen Unterscheidung.

Die Patienten erhalten einen vorgedruckten Zettel, auf welchem Name, Alter, ganz kurze Anamnese und klinischer Befund stehen. Mit diesem Zettel begeben sie sich an einem der nächsten Tage nach dem städtischen Krankenhause, woselbst die Röntgenaufnahme durch die Röntgenschwester der inneren Abteilung in deren Röntgenlaboratorium erfolgt.

Der Befund wird von Herrn Sekundärarzt Dr. Assmann,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

dem eine grosse Erfahrung auf diesem Gebiete zur Seite steht, diktiert und dem Fürsorgearzt zugestellt. Diesem werden ausserdem die Platten zur persönlichen Ansicht freundlichst zur Verfügung gestellt.

In vereinzelten besonders schwierigen Fällen wurden ausserdem auf Bitte des Fürsorgearztes auch physikalische Nachuntersuchungen sowohl bei Kindern als auch bei Erwachsenen durch Herrn Oberarzt Dr. Rindfleisch und Herrn Sekundärarzt Dr. Assmann freundlichst ambulant und unentgeltlich ausgeführt.

Für die liebenswürdigst übernommene Mühewaltung möchten wir diesen beiden Herren und der Röntgenschwester auch an dieser Stelle unseren besten Dank aussprechen.

Es sind durch Hinzuziehung des Röntgenverfahrens eine ganze Reihe praktisch höchst wichtiger Feststellungen gemacht worden, indem es gelang Tuberkulose festzustellen oder auszuschliessen, wo dies sonst ohne Überweisung in ein Krankenhaus, die selten zu erreichen ist, nicht möglich gewesen wäre.

Den geringen Preis für die Röntgenaufnahmen bezahlen die Patienten meistens selbst; im übrigen sind zirka 200 M. dafür im Etat vorgesehen.

Beobachtungen bei der v. Pirquetschen Impfung.

Hier möchten wir noch ganz kurz einige Beobachtungen über die Ergebnisse der Pirquetschen Reaktion, die, wenn möglich, an anderer Stelle ausführlicher mitgeteilt werden sollen, einflechten. Eine Schädigung haben wir unter Hunderten von Fällen nie auch nur im geringsten gesehen. Positive Reaktion bei sicher auszuschliessender Tuberkulose haben wir nicht gesehen, letzten Endes ist ja zur Entscheidung dieser Frage auch der pathologische Anatom allein kompetent. Versager endlich insofern, als bei sicher bestehender Tuberkulose die Reaktion auch bei Wiederholung und mit natürlich einwandsfreiem Tuberkulin negativ ausfiel, sind in einer Reihe von Fällen ganz sicher beobachtet worden. Alle diese Fälle, die nicht etwa desolate Kinder betrafen, waren klinisch verdächtig und wiesen dann im Röntgenbilde gröbere bis grobe Veränderungen auf, die schlechterdings nur als Tuberkulose gedeutet werden konnten. Bei etwa zwei oder drei Fällen war sogar physikalischer sicherer Befund da, der dem Röntgenbefunde genau entsprach, und in einem Falle endlich wurden bei einem Kinde, das ein halbes Jahr nach der negativen Impfung an einer interkurrenten Krankheit zugrunde ging und zur Sektion kam, grobe ältere tuberkulöse Veränderungen in der Lunge gefunden. Über die Bewertung der Stärke des Ausfalls der Reaktion sind ja in der medizinischen Fachpresse recht verschiedene Ansichten laut geworden. Wir möchten uns vorläufig hierzu nicht prinzipiell äussern, haben jedoch den Eindruck, dass starke lokale Reaktionen bei Kindern bis etwa

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zum zwölften Lebensjahre in der erheblichen Mehrzahl der Fälle nur dann vorkommen, wenn eine aktive Tuberkulose vermutet werden muss. Negative Reaktionen erhielten wir in zirka 30 bis 40% der Fälle, darunter interessanterweise auch mehrmals bei Kindern hustender Phthisiker. Da diese auch sonst völlig unverdächtig waren, musste man auf völlige Tuberkulosefreiheit dieser Kinder schliessen, eine Stütze für die Ansicht, dass selbst bei reichlichster Infektionsgelegenheit ausnahmsweise kindliche Individuen verschont bleiben, resp. eine hohe angeborene Immunität besitzen.

Alter, Beruf u. Erkrankungsstad. d. Erwachs., welche erfahrungsgemäss hauptsächl. die Fürsorge aufsuchen.

Wenden wir uns nun den Erwachsenen zu, so liegen die diagnostischen Verhältnisse hier ja bedeutend einfacher.

Die Erwachsenen werden zum weitaus überwiegenden Teile von Ärzten geschickt und meistens auch mit bestimmten Diagnosen. Sie lassen sich im grossen ganzen in drei Klassen teilen:

1. Die jugendlichen Personen, welche von den Kassenärzten wegen Verdachtes oder nachgewiesener Tuberkulose zur Erwirkung einer Kur geschickt werden, und die von der Landesversicherungsanstalt zur Bewilligung einer Kur verlangte Anzahl von Marken (mindestens 100 Marken) noch nicht geklebt haben, ferner die Personen, welche nach Ansicht der behandelnden Ärzte einer Kur bedürftig sind, ohne die Mittel dazu zu haben oder bei der Landesversicherung versichert zu sein, also meistens Frauen.

2. Die Leute, welche eine Heilstättenkur bereits durchgemacht haben und sich von Zeit zu Zeit kontrollieren lassen oder für eine eine Kur empfohlen sein möchten.

3. Diejenigen, welche wegen zu weit vorgeschrittener Tuberkulose oder aus sonst einem Grunde von der Landesversicherungsanstalt zu einer Heilstättenkur nicht mehr angenommen worden sind und von dem Kreisarzt, als dem Vertrauensarzte der Landesversicherung, der Fürsorgestelle überwiesen werden; endlich die völlig Invaliden, welche keinen Kassenarzt haben und irgendeine Unterstützung erhalten möchten.

Untersuch.-methoden bei Erwachsenen.

Die physikalische Untersuchung wird stets, die Sputumuntersuchung in allen verdächtigen Fällen vorgenommen.

Die Pirquetsche Reaktion wird nicht vorgenommen da sie jenseits des 14. Lebensjahres, wenigstens in Grossstädten, doch meist positiv ist und sich von dieser Zeit ab sicher gar keine weiteren Schlüsse mehr aus dem positiven Ausfall ziehen lassen. Ebensowenig werden diagnostische Tuberkulin-Einspritzungen unter die Haut gemacht, da sie bei ungebildeten Patienten, die weder zu Bett liegen noch sich beobachten und messen können, zwecklos, ja gefährlich sind. Diese sollten nur im Krankenhause vorgenommen werden, falls es sich nicht um sehr gebildete Patienten handelt.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Tuberkulineinspritzungen zu Heilzwecken machen wir nicht, da wir jede Behandlung grundsätzlich ablehnen.

Auch bei Erwachsenen hat uns das Röntgenverfahren bereits recht gute diagnostische Dienste geleistet. Den behandelnden Ärzten geht nach Möglichkeit ein kurzer schriftlicher Befundbericht zu, dem die entsprechenden Vorschläge bezüglich der zu ergreifenden Massnahmen beigefügt sind.

Fürsorgetätigkeit.

Ist die Diagnosestellung erfolgt, so tritt die Fürsorgetätigkeit ein, welche recht umfangreich ist und sich einer allseitigen dankenswerten Unterstützung erfreut, ganz besonders auch durch die sehr liberale Armenverwaltung, deren Dezernent zugleich einer der beiden Leiter der Fürsorgestelle ist, was den Geschäftsgang ausserordentlich vereinfacht und erspriesslich gestaltet.

Mittel für laufende Ausgaben u. Verwendung derselben.

In der zweifellos richtigen Annahme, dass nur eine Auskunftsstelle sich einbürgern und ihren Zweck erfüllen könne, welche zugleich selbst tatkräftige Fürsorge treibt, die nun einmal Geld erfordert, wurde die Fürsorgestelle mit einem selbständigen Etat ausgerüstet, der es bisher ermöglichte, nach Abzug sämtlicher Betriebskosten etwa 420 M. monatlich für die laufenden Fürsorgemassnahmen bereitzustellen.

Diese eigenen Mittel sollen in erster Linie für die Wohnungsfürsorge als den Schwerpunkt der Tuberkulosebekämpfung verwandt werden, und zwar so, dass die Bazillenhuster möglichst unschädlich gemacht werden. Es ist dies ja eine ausserordentlich schwierige Aufgabe, da bekanntlich selbst schwerkranke Tuberkulöse oft noch jahrelang ein sieches, elendes Dasein fristen und dadurch eine schwere Gefahr für ihre Mitmenschen bilden.

Isolierung der Bazillenhuster.

Für diejenigen Tuberkulösen, welche trotz vorgeschrittener Krankheit noch arbeitsfähig sind, ist ja eine Entfernung aus ihrer Familie überhaupt nur für die kürzere oder längere Zeit einer Kur möglich; aber selbst bei den völlig Invaliden ist eine Entfernung aus der Familie nur in den allerseltensten Fällen zu erreichen. Nur selten gelingt es erfahrungsgemäss, diese völlig Invaliden dauernd in den Tuberkuloseabteilungen der hiesigen drei Krankenhäuser unterzubringen, sofern sie noch Angehörige haben, was bei dem meist jugendlichen Alter fast stets der Fall ist. Vielfach wollen die Angehörigen, unbekümmert um die Ansteckungsgefahr, nicht auf die Rente, die ihnen durch den Invaliden sonst zufliesst, verzichten, behaupten, den Kranken ebenso gut pflegen zu können, was natürlich töricht ist, und halten von einer Krankenhauspflege im allgemeinen nicht viel. Man bekommt fast stets zu hören: „Ja, wenn sie in eine andere Luft, in die Heilstätte kämen, dann wäre das etwas ganz anderes.“ Diese nicht zu überwindende Abneigung

Schwierigkeiten der Krankenhausüberweisung.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gerade des ungebildeten Volkes gegen die Krankenhäuser, selbst gegen die modernsten und besteingerichteten, wird noch unterstützt durch die merkwürdige Tatsache, dass Schwertuberkulöse bei der geringsten Besserung des Allgemeinbefindens, die bei Krankenhauspflege vielfach sehr schnell bis zum gewissen Grade eintritt, häufig von einer fast lächerlichen Überschätzung ihrer Gesundung befallen werden und nicht mehr länger im Krankenhause, in dem es ihnen zu langweilig wird, zu halten sind. Endlich kommt der gerade bei Tuberkulösen sehr mächtige Freiheitstrieb hinzu, der durch die Langeweile noch bestärkt wird. Nimmt man alle diese Punkte zusammen und bedenkt ferner, welch unangenehmes Anhängsel gerade die Tuberkuloseabteilungen mit ihren ewig unzufriedenen und launischen Patienten für moderne Krankenhäuser sind, deren überlastete Ärzte unmöglich sich noch dauernd psychisch mit diesen unangenehmen Kranken abgeben können, so kann man sich des Gefühls nicht erwehren, dass die viel umstrittenen besonderen „Tuberkulosekrankenhäuser“ für grosse Städte wenigstens doch nicht von der Hand zu weisen wären. Es dürfte wohl keine Frage sein, dass gerade die Schwerkranken in solche Häuser wenigstens viel eher gehen und darin auch viel länger bleiben würden als in den allgemeinen Krankenhäusern. Wir möchten jedenfalls nach den hiesigen Erfahrungen solchen Krankenhäusern, die ausschliesslich für bazillenhustende Tuberkulöse, jedoch jeden Stadiums, bestimmt sind, in der Nähe der Stadt möglichst im Walde liegen und in ihrem Betriebe etwa sich an die beim Volke sehr beliebten Heilstätten anlehnen, sehr das Wort reden. Der Unterschied gegen die Heilstätten würde, abgesehen von der rein lokalen Bedeutung für eine einzelne Stadt, vor allem darin bestehen, dass auch Schwerkranke dort Aufnahme finden würden. Der Betrieb müsste natürlich erheblich billiger gestaltet werden als in den Heilstätten, was auch durchaus möglich wäre. In anderen Staaten sind derartige Tuberkulosekrankenhäuser für grosse Städte ja bereits mit bestem Erfolge ins Leben gerufen worden, vereinzelt auch in Deutschland.

Tuberkulosekrankenhäuser.

Die Invalidenheime, in denen nur Schwertuberkulöse untergebracht sind, scheinen sich nach unseren Erfahrungen auch hier nicht recht einzubürgern. Sie werden als Sterbehäuser betrachtet und liegen den Patienten, welche wenigstens ihren Angehörigen einigermassen nahe sein wollen, zu entlegen. Für Westfalen kommt in erster Linie das in der Senne errichtete Invalidenheim „Gute Hoffnung“ in Betracht, dessen Pflegesatz täglich 1.80 M. beträgt. Die Versicherungsanstalt bezahlt jedoch nur 1.30 M. als Höchstpflegesatz, so dass der Zuschuss von 0.50 M. für den Tag von den Angehörigen oder der Heimatgemeinde geleistet werden muss. Diese Invalidenpflege ist als eine dauernde gedacht.

Invalidenheime.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Es bestehen nun ferner in der Provinz eine ganze Reihe von kleineren Krankenhäusern, welche bereit sind, gegen Abtretung der Rente und ev. eines kleinen Zuschusses Invaliden — auch Tuberkulöse — dauernd aufzunehmen und zu verpflegen. Ein Verzeichnis derselben ist im Anhange gegeben. Es ist uns jedoch nur in ganz wenigen Fällen gelungen, Kranke dort unterzubringen; es handelte sich dann stets um völlig alleinstehende Männer. Andere, welche vielleicht geneigt gewesen wären, wollten wenigstens in der Nähe ihrer Angehörigen bleiben, was ja auch ein begreifliches Verlangen ist, wodurch der Plan dann aber scheiterte.

So ist die Möglichkeit, die für ihre Umgebung gefährlichen Bazillenhuster, selbst wenn sie völlig invalide sind, aus ihrer Familie dauernd zu entfernen, nicht allzuhäufig gegeben. Da müssen nun andere Mittel und Wege gesucht werden, um sie möglichst unschädlich zu machen.

Aufklärung und Ausrüstung der Kranken durch die Fürsorgestelle.

Hier setzt unsere vermittelnde Fürsorgetätigkeit ein. Jeder Kranke erhält zunächst von den Schwestern die nötigen Aufklärungen über das Wesen seiner Krankheit und über die Massnahmen, durch welche er sich sein Leben möglichst erträglich machen und seine Angehörigen nach Möglichkeit vor der Ansteckung schützen kann. Ferner werden ihm kostenlos eine Dettweilersche Speiflasche, ein Wäschebeutel für seine Wäsche, ein gläserner Spucknapf, der am Bett stehen kann, und Rohlysoform zum Desinfizieren des Sputums geliefert. Das aufgefangene, desinfizierte Sputum wird in den Abtritt entleert, da Dortmund Kanalisation hat. Es hat sich übrigens ergeben, dass bettlägerige Kranke den Geruch des Rohlysoforms vielfach nicht ertragen können. Diesen wird dann das allerdings viel teurere reine Lysoform geliefert. Dazu wird ihnen das Tuberkulosemerkblatt und der „Ratgeber für Lungenkranke, Verhalten Erkrankter, Verhütung der Ansteckung, zusammengestellt von der Landes-Versicherungsanstalt Westfalen," ausgehändigt.

Weitere helfende Massnahmen. Wohnungsfürsorge.

Stets wird dafür gesorgt, dass der Kranke sein eigenes Bett hat; kann er es selbst nicht erschwingen, so erhält er es leihweise von der Fürsorgestelle, welche jetzt etwa 40 Betten besitzt und sämtlich ausgeliehen hat. Ergibt die Wohnungsbesichtigung durch die Schwestern, dass eine Überfüllung der Räume herrscht, so wird auf Kosten der Fürsorgestelle ein Raum dazu oder eine grössere Wohnung gemietet, so dass der Kranke sein eigenes Zimmer hat. Diese segensreiche Massregel ist in einer ganzen Reihe von Fällen ergriffen worden. Der durchschnittliche Preis für das dazu gemietete Zimmer beträgt 4 bis 6 Mark. In vereinzelten Fällen wurden auch Tuberkulöse, welche Schlafgänger hielten, dazu bewogen, diese zu entlassen; als Ersatz für den verlorenen Verdienst erhielten sie eine kleine Geldablösung. Ebenso wurde schwerkranken Witwen, die

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

noch kleine Kinder hatten, eine Frau gestellt, welche das Notwendigste in der Wirtschaft besorgte. Endlich wird einer sehr grossen Zahl von Schwerkranken, aber auch vielfach Rekonvaleszenten, täglich ein Liter Milch geliefert, als geeignetste Stärkung für beide. Ausnahmslos wird diese von den Kranken sehr gerne genommen, und neben der stärkenden übt sie auch eine erzieherische Wirkung aus, da die Milch entzogen wird, wenn die Kranken absichtlich oder fahrlässig die hygienischen Anordnungen, welche ihnen gegeben worden sind, dauernd nicht befolgen. Missbrauch durch Verkauf oder Umtausch der Milch gegen Alkohol ist hier noch nie beobachtet worden. Die Milch wird gegen unsere Gutscheine von der Molkereigenossenschaft, deren Wagen in der Stadt herumfahren, geliefert. Für ein Liter Milch müssen wir 20 Pf. bezahlen. Speisemarken werden erheblich seltener ausgegeben. Die Lieferung der Speisen erfolgt durch die hiesigen Volksküchen.

Milchlieferung.

Speiselieferung.

Endlich wird in immer steigendem Masse die planmässige Desinfektion der Wohnungen, namentlich aber der Betten der Kranken durchgeführt. Dankenswerterweise nimmt diese die städtische Desinfektionsanstalt, welche unter der Leitung des Stadtarztes steht, für die Fürsorgestelle unentgeltlich vor, nur muss diese, wie bereits erwähnt, den eventuell nötigen Transport der Betten nach und von der Anstalt, welcher zusammen 4 M. kostet, bezahlen. Soweit die Fürsorgestelle davon Kenntnis hat, wird bei jedem Wohnungswechsel sowie dann, wenn der Kranke ins Krankenhaus oder in die Heilstätte kommt, eine Desinfektion veranlasst. Von den Sterbefällen erhält das Medizinalamt ohne weiteres durch die Polizei Kenntnis und kann dann die Desinfektion veranlassen. Schwierigkeiten haben sich im allgemeinen dabei nicht ergeben. Fortlaufende Wohnungsdesinfektionen bei schwerkranken Patienten dagegen sind nur schwer durchführbar. Dass die ausgeliehenen Betten nach jeder Rückgabe desinfiziert werden, ist selbstverständlich. Bei allen Sterbefällen, von denen die Fürsorgestelle sofort Nachricht erhält, wird zur Beseitigung des Geruches bis zur Beerdigung ein Gefäss mit Lysoform in die Stube gestellt.

Wohnungsdesinfektion.

Alle diese Massnahmen haben natürlich nur Sinn, wenn sie fortdauernd scharf kontrolliert werden, und dieser Tätigkeit unterziehen sich die Schwestern mit einer höchst anerkennenswerten Hingabe. Den besten Beweis dafür erbringt die Zahl ihrer Wohnungsbesuche, welche im letzten Jahre bereits gegen 3000 betrug. Bei dieser Gelegenheit sehen sie am besten, ob und wie die Massnahmen der Fürsorgestelle von den Patienten durchgeführt werden und haben zugleich Gelegenheit, an Ort und Stelle neue Anregungen und Auskünfte zu geben. Im allgemeinen wird ihnen bei dieser Tätigkeit artig und höflich entgegengekommen, da das Volk einer-

Wohnungskontrolle durch die Schwestern.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

seits den Schwestern Hochachtung und Vertrauen entgegenbringt, und andererseits die Furcht besteht, die gewährten Unterstützungen zu verlieren. Gefährdete und Verdächtige werden durchschnittlich mindestens einmal monatlich, Kranke mit Bazillen im Auswurf mindestens einmal in zwei Wochen besucht, nachlässige und unsaubere Kranke häufiger. Ergeben sich dauernd grobe Nachlässigkeiten, so werden die Unterstützungen entzogen, ebenso bei Säufern. Erfreulicherweise sind die Fälle, die dies erfordern, recht selten, wenn auch leider bereits mehrmals geliehene Betten versetzt wurden. Meistens wird das Pflichtgefühl auch bei den Nachlässigen unter der stetigen Kontrolle geweckt. In einigen ganz vereinzelten Fällen wurde freilich die weitere Fürsorgetätigkeit zurückgewiesen, da die Kontrolle den Leuten, welche sich nicht an Ordnung und Sauberkeit gewöhnen konnten, unbequem wurde.

Verschaffung von Heilstätten- und Erholungskuren.

Die eigenen Mittel der Fürsorgestelle sind durch diese Unterstützungen zum grössten Teile in Anspruch genommen, und wenn noch im ersten Jahre recht grosse Summen zur Bestreitung von Heilstättenkuren und zur Beschaffung der Ausrüstungsgegenstände zu diesen Kuren übrigblieben, so schrumpften diese mit jedem Monat mehr zusammen, so dass hier andere Mittel und Wege gefunden werden mussten, um auf die Dauer auch den leichter Kranken und den Gefährdeten nicht nur mit Rat, sondern auch mit der Tat beizustehen oder Hilfe zu vermitteln. Dies ist uns auch durch vielseitige und opferfreudige Unterstützung von anderer Seite gelungen. Freilich können wir uns dabei nicht nur nach den Wünschen der Kranken richten; denn diese haben fast ausnahmslos denselben Wunsch, und der lautet: „Heilstätte.“ Es ist oft recht schwer, die Patienten davon zu überzeugen, dass es auch noch andere Mittel und Wege gibt, um ihnen die Gesundheit wiederzugeben oder sie zu kräftigen.

Vorliebe des Volkes für die Heilstätten.

Von den Heilstätten — und nur von diesen — erwarten und erhoffen sie alles, und bestärkt werden sie darin meistens dadurch, dass ihr behandelnder Arzt eine Heilstättenkur erwähnt oder auf dem Überweisungsschein vorgeschlagen hat.

Für die Heilstätten ist das ja ein recht schmeichelhaftes Zeugnis, aber für den Fürsorgearzt ist dieser „Zug nach der Heilstätte“, der oft förmlich zur fixen Idee wird, ein wahres Kreuz, da er die dringend gewünschte Heilstättenbehandlung doch nur in einer beschränkten Anzahl von Fällen mit gutem Gewissen befürworten oder erreichen kann.

Schwierigkeiten bei der Auswahl der Kranken für die Heilstätten.

Sind doch die Kosten einer Heilstättenkur sehr hoch und nehmen die Heilstätten doch nur einen sehr beschränkten, vielfach kann man ruhig sagen: zu beschränkten Kreis von Kranken auf; es ist nicht zu verkennen, dass bei ihnen der Charakter der Er-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

holungsheime immer mehr in den Vordergrund tritt. Die Diagnosestellung zur Zulassung zur Heilstättenkur ist recht weit — die Prognosestellung bei wirklichen Tuberkulosen oft zu engherzig. Es ist das eine ganz natürliche Entwickelung der Dinge.

Der weitaus grösste Prozentsatz der in die Heilstätten entsandten Patienten, vornehmlich der Männer, macht ja die Kur auf Kosten der Landesversicherungsanstalt durch. Da diese nach ihrer Bestimmung nur Kuren gewährt, welche geeignet sind vorzeitige Invalidität mit möglichster Wahrscheinlichkeit zu verhindern, so kann sie nur den Gefährdeten und leicht Erkrankten die Wohltat der Heilstättenkur gewähren, die schwerer Erkrankten muss sie davon ausschliessen. Da sie nun von ihrem Rechte der Kurgewährung den grosszügigsten und anerkennenswertesten Gebrauch macht und, wie gesagt, die weitaus meisten Patienten in die Heilstätten entsendet, so wird deren ganzer Betrieb auf dies Material zugeschnitten sein.

Können wir dementsprechend recht viele unserer Kranken nicht für die Heilstättenkuren empfehlen, weil sie weiter vorgeschrittene Tuberkulosen haben und den Heilstättenbedingungen nicht mehr entsprechen, so müssen wir vielfach Patienten in Heilstätten überweisen, die viel richtiger und billiger in Erholungsheimen oder Walderholungsstätten untergebracht würden, wie solche bereits eine Reihe grosser Städte besitzen. Hoffentlich erhalten wir auch in Dortmund in nicht allzu ferner Zeit eine solche Walderholungsstätte, in welche alleine die ganze Reihe der Gefährdeten oder Verdächtigen geschickt werden müsste, bei welchen sich trotz bestehenden dringenden Verdachtes bei genauester Untersuchung nichts Sicheres nachweisen lässt. Die Kurkosten belaufen sich bei derartigen Erholungsstätten etwa auf den dritten Teil der Heilstättenkosten.

Walderholungsstätten.

Wenn in dieser Hinsicht noch ein grosser Wunsch zu erfüllen bleibt, so stehen wir in anderer Beziehung recht glücklich da. Hat doch Dortmund bereits eine Waldschule und ein in Wittbränke gelegenes, dem Wohltätigkeitsverein gehöriges, sehr grosses und prächtig eingerichtetes Kinderheim, die beide der Fürsorgestelle in hohem Masse zugute kommen, da wir hier vorbeugend schwächliche Kinder, die vielfach sonst später Opfer der Tuberkulose werden würden, zur Erholung und Stärkung unterbringen können. Ausserdem werden unsere Bestrebungen in dankenswertester Weise unterstützt durch die Landesversicherungsanstalt Westfalen, die Direktionen der Kaiserlichen Post und Telegraphie und Königlichen Bahn, die sonstigen staatlichen und städtischen Behörden, die Wohlfahrtskassen der grossen Werke, besonders der „Union“ und des Eisen- und Stahlwerks „Hösch“, den Wohltätigkeitsverein, die Schüchtermann-Schiller-Stiftung und endlich die Armenverwaltung.

Erholungsstätten für gefährdete Kinder.

Körperschaften, welche unsere Bestrebungen hervorragend unterstützen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Leistungen der Armenverwaltung.

Die letztere, welche einen besonderen Etat für Heilung Lungenkranker hat, wird in ausserordentlicher Weise von der Fürsorgestelle in Anspruch genommen und kommt diesen Ansprüchen nach Prüfung der jeweiligen Familienverhältnisse in der weitherzigsten und grosszügigsten Weise nach, so dass wir an ihr den stärksten Rückhalt haben.

Durch die Waldschule und das Kinderheim sind wir in Dortmund in der glücklichen Lage, neben der Wohnungs- und Ernährungsfürsorge für die Schwerkranken die so ausserordentlich wichtige Kräftigung gefährdeter oder tuberkuloseverdächtiger Kinder energisch in Angriff nehmen zu können.

Waldschule.

Für die Waldschule, welche unter der ärztlichen Leitung von Herrn Stadtschularzt Dr. Steinhaus steht, werden jährlich 150 Kinder ausgewählt, welche den ganzen etwa drei Monate währenden Kursus dort mitmachen.

Die weitaus grösste Zahl dieser Kinder ist tuberkuloseverdächtig, wie auch solche mit stark positivem Pirquet zunächst berücksichtigt werden. Aufgenommen werden Schüler und Schülerinnen der vierten bis zweiten Klasse. Ausgeschlossen sind solche mit sicherer Tuberkulose.

Zu Beginn jedes Jahres reicht der Fürsorgearzt dem Stadtschularzt eine Liste von etwa 30 Kindern ein, welche er als besonders geeignet für die Waldschule ansieht, und diese werden möglichst vollzählig angenommen.

Kinderheim Wittbränke.

Das Kinderheim in Wittbränke steht unter der ärztlichen Aufsicht des Kinderarztes und städtischen Schularztes Herrn Dr. Urban-Dortmund und wird von Schwestern geleitet. Es ist den grössten Teil des Jahres geöffnet, hält vierwöchentliche Kuren ab, die je 36.50 M. kosten, und ist ebenfalls für schwächliche, gefährdete und tuberkuloseverdächtige Kinder bestimmt. Sichere Tuberkulosen sind ebenfalls ausgeschlossen.

Kinderheim Wallbaum.

Übernahme der Kosten für die Kuren gefährdeter Kinder.

Schüchtermann-Schiller-Stiftung.

Hierher und in das Kinderheim zu Wallbaum bei Hattingen, das fast die gleichen Preise hat, werden durch unsere Vermittelung eine grosse Reihe von bedürftigen Kindern zur Kur geschickt, für welche die Eltern einen Teil, zuweilen auch die ganzen Kosten bezahlen. Den Rest oder die ganzen Kosten trägt, soweit möglich, die Fürsorgestelle, grösstenteils auf deren Antrag die Armenverwaltung. Endlich besteht die hochherzige Schüchtermann-Schiller-Stiftung, welche den Geistlichen sämtlicher hiesiger Kirchengemeinden jährlich eine Summe von insgesamt etwa 24000 M. zur Verfügung stellt. Diese Summe soll zu Badekuren in Sassendorf und Werne für ausgesprochen skrofulöse Kinder verwendet werden Die ärztliche Entscheidung über die Zulassung zu diesen Kuren liegt in den Händen von Herrn Stadtschularzt Dr. Steinhaus, der den Geistlichen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

299397

die entsprechenden Vorschläge macht. An ihn überweist auch der Fürsorgearzt zur Vermittelung einer Badekur geeignete Kinder. In mehreren Fällen gleicher Art, denen wir derartige Kuren wegen zu grossen Andranges nicht vermitteln konnten, in denen aber Kassen eintreten konnten, haben wir durch Vermittelung der Herren Kassenärzte Kinder auf etliche Wochen mit bestem Erfolge in den hiesigen Krankenhäusern, welche sehr schöne Kinderabteilungen besitzen, untergebracht. Mit den Krankenhausärzten wird in diesen Fällen stets vorher Rücksprache genommen, damit sie orientiert sind. Leider haben wir in der Mehrzahl der Fälle auch hier einen sehr energischen Widerstand der Eltern gegen Krankenhausüberweisung zu überwinden. Die grösste Rolle spielt dann stets das angebliche „Heimweh" der Kinder, das merkwürdigerweise nie in Frage kommt, wenn es sich um eine Kur in der Heilstätte oder in Erholungsstätten handelt. Dies „Heimweh" ist aber stets nur während der Besuchszeit und beim Abschied der Eltern, die sich recht häufig möglichst töricht benehmen, vorhanden, während die Kinder sonst in der Zwischenzeit kaum an das Elternhaus denken und sehr vergnügt spielen.

Heranziehung der Kassen zur Kur für die Kinder.

So liegen für die Unterbringung gefährdeter und verdächtiger Kinder recht günstige Bedingungen vor; aber auch für an sicherer, nachweisbarer Lungentuberkulose bereits erkrankte haben wir in ausgiebiger Weise sorgen können. Fieberhafte sowie sehr heruntergekommene Fälle und solche mit Blutspeien werden zunächst unter allen Umständen mit Hilfe der Kassenärzte dem Krankenhause überwiesen. Sofern die Kassen nicht oder nicht vollständig eintreten, bestreitet die Armenkasse fast ausschliesslich die Kurkosten.

Unterbringung von Kindern, die an sicherer Lungentuberkulose erkrankt sind.

Die noch Fieberlosen oder einigermassen wieder Hergestellten werden nach Möglichkeit für sechs Wochen im Cecilien- resp. St. Marienstift in Lippspringe zur Kur untergebracht. Einige noch leichte Fälle wurden auch dem katholischen St. Josefs-Hospital zu Welver überwiesen.

Für 15 derartige Kinder pflegt dankenswerterweise in jedem Spätsommer der Wohltätigkeitsverein die ganze Kur zu übernehmen. Ferner bezahlen in einer recht grossen Anzahl die staatlichen und städtischen Behörden sowie die grossen Werke, besonders die „Union" und „Hösch", auf unser Ersuchen, bei den letzteren wiederum unter Mitwirkung der Herren Kassenärzte, den grösseren Teil der Kurkosten, während die Eltern, eventuell auch die Fürsorgestelle nach Möglichkeit etwas beisteuern, während den Rest grösstenteils die Armenverwaltung trägt. Endlich sind wir einen besonderen Dank Herrn Oberstleutnant a. D. von Haake, dem Vorsitzenden des Vereins „Kinderheim Cecilienstift" in Lippspringe,

Übernahme d. Kurkosten für lungenkranke Kinder.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:39 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

schuldig, der uns in einer grossen Reihe von Fällen auf unsere Bitte liebenswürdigst je zehn freie Verpflegungstage für das Kinderheim gewährte, in denen wir sonst die Kosten nicht hätten decken können.

Kurerfolg bei gefährdeten und bei sicher tuberkulösen Kindern.

In der grossen Mehrzahl der Fälle war sowohl bei den Erholungs- als auch den Heilkuren ein guter, vielfach sogar ein ganz vorzüglicher Erfolg mit gerade bei sicher tuberkulösen Kindern vielfach erstaunlichen Gewichtzunahmen zu verzeichnen. Aber immer wieder bestätigt es sich, dass der Erfolg bei den an schon nachweisbarer Lungentuberkulose erkrankten Kindern grösstenteils ein leider nur vorübergehender ist und schon das nächste Jahr zu einer Wiederholungskur gebieterisch zwingt. Die Tuberkulosefälle, welche bereits im Kindesalter auf das eigentliche Lungengewebe übergreifen, sind eben leider recht bösartig.

Wichtigkeit der vorbeugenden Kuren.

Das beweist aufs neue, dass man danach streben muss, die Diagnose möglichst frühzeitig zu stellen, und dass den vorbeugenden Kräftigungskuren schon in der Kindheit der Hauptwert in der Tuberkulosebekämpfung durch Kuren beizulegen ist, soweit eine Vermeidung der Ansteckung nicht zu erreichen ist.

Kuren bei Erwachsenen.

Auch bei Erwachsenen haben wir in einer recht stattlichen Anzahl von Fällen Kuren vermitteln können.

Am einfachsten liegen naturgemäss die Verhältnisse bei den Männern und Frauen, welche gegen Invalidität versichert sind und bei denen das Leiden bereits erkennbar, jedoch noch nicht weit vorgeschritten ist, da für diese die Landesversicherungsanstalt wohl stets die beantragten Kuren bewilligt. Werden derartige Patienten uns von Ärzten mit dem Ersuchen zugeschickt, eine Kur zu vermitteln, so geben wir ihnen — falls die Untersuchung die Bewilligung einer Kur wahrscheinlich macht — einen kurzen Bericht an das Bureau der Landesversicherungsanstalt mit, in welchem die Kur beantragt und eine kurze Notiz enthalten ist, welche die Aussichten auf Heilung bewertet. Patienten, welche nicht zu diesem Zwecke von Ärzten geschickt wurden, erhalten, falls eine Heilstättenkur bei ihnen erwünscht erscheint, einen Bericht an ihren Arzt mit, in dem dieser gebeten wird, diesen Antrag zu stellen.

Eintreten der Landesversicherungsanstalt.

Befürwortung der Kuren durch die Fürsorgestelle.

Diese vollversicherten Personen kommen jedoch für die Fürsorgestelle nur in der Minderzahl in Betracht, da grösstenteils von den Ärzten direkt der Heilstättenantrag für sie gestellt wird.

Eintreten der Fürsorgestelle bei noch nicht voll versicherten Personen.

Bei den — meist jugendlichen — Personen, welche noch nicht die als Mindestanzahl für Bewilligung einer Heilstättenkur geltende Anzahl von Marken, nämlich 200 = 2 Karten, geklebt haben, pflegt die Landesversicherungsanstalt in dankenswerter Weise die in Westfalen übliche sechswöchentliche Heilstättenkur auf unseren Antrag zu bewilligen, wenn ein Zuschuss von 40 M. gezahlt wird. In diesen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

— ziemlich häufigen Fällen — wird der Zuschuss meistens von der Fürsorgestelle geleistet, soweit ihn die Angehörigen nicht selbst aufbringen können. In allen Fällen, welche zur Heilstättenkur auf Kosten der Landesversicherungsanstalt empfohlen werden, erhält der Kreisarzt als zuständiger Vertrauensarzt zur Orientierung einen kurzen Bericht.

Mitteilung des Untersuchungsbefundes an den Vertrauensarzt.

Erheblich schwieriger liegen die Verhältnisse — sonst gleiche Umstände vorausgesetzt — dort, wo es sich um nicht versicherte Personen handelt. In der übergrossen Mehrzahl sind dies Ehefrauen, die in der hiesigen Gegend recht selten Invalidenmarken kleben, da sie meist nur die Haushaltung besorgen; in vereinzelten Fällen handelt es sich um kleine selbständige Gewerbetreibende.

Aufbringung der Mittel für Heilstättenkuren bei unversicherten Personen

In diesen Fällen haben uns wiederum auf unseren Antrag die staatlichen und städtischen Behörden, sowie die Zechenverwaltungen und die grossen Werke, besonders wieder die „Union“ und „Hösch“, durch Übernahme der Hälfte oder des grösseren Teiles der Kurkosten für die Angehörigen ihrer Angestellten in hervorragender Weise unterstützt. Der Rest wurde meist durch Beiträge der Leute, denen das Geld gegen kleine Ratenzahlungen zinslos von der Fürsorgestelle geliehen wurde, und durch die Fürsorgestelle gedeckt. In einem Teile der Fälle übernahm die Armenverwaltung den Rest sowie dann die ganzen Kosten, wenn ein Beitrag von keiner Seite zu erlangen war.

In einigen Fällen wurden uns auch dankenswerterweise vom Augusta-Viktoria-Stift in Lippspringe Ermässigungen gewährt. Mehrfach machten wir auch die Krankenkassen unseren Bestrebungen dadurch dienstbar, dass wir auch leicht Erkrankte, welche Kassen angehörten, auf deren Kosten dem Krankenhause überweisen liessen, was allerdings fast stets erst nach Überwindung des bekannten Widerstandes gelang, der dann meist damit begründet wurde, dass „sie ja gar nicht so krank seien, um ins Krankenhaus zu müssen“.

Am schwersten war es endlich, Hilfe zu schaffen, wenn erkrankte Mitglieder einer Familie, die nicht die Mittel zur Bestreitung der notwendigen Kurkosten selbst besass und für die auch sonst niemand eintrat, aus gesellschaftlichen Gründen die Armenkasse nicht in Anspruch nehmen konnten und wollten. In diesen traurigen Fällen wurden auch von seiten der Fürsorgestelle trotz des bedenklichen Loches, welches dadurch in den monatlich verwendbaren Etat gerissen wurde, höhere Beiträge, bis gegen 100 M., gewährt. Hoffentlich findet sich noch einmal ein hochherziger Stifter, welcher zu solchen Zwecken der Fürsorgestelle eine jährliche Summe zur Verfügung stellt.

Die einzige derartige Stiftung ermöglicht es, einige wenige erholungsbedürftige Personen durch Vermittelung des Magistrats für

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sechs Wochen nach dem Stahlbad Driburg zu senden, doch sind diese Stellen meist schon im voraus besetzt.

Zuschüsse zu den Ausrüstungen für die Heilstättenkur wurden mehrfach gewährt.

Direkte Überweisung der Kurzuschüsse an die Fürsorgestelle.

Die Zuschüsse, welche durch unsere Vermittelung von privater Seite zu Kuren gewährt werden, werden auf unsere Bitte seit dem letzten Jahre stets an uns direkt geschickt, da es wiederholt vorgekommen ist, dass das Geld schon in den wenigen Tagen bis zum nächsten Besuche der Schwestern zu anderen Zwecken verwandt oder in törichter Weise zu Luxuskleidungsstücken „als Ausrüstung für die Heilstätte" ganz oder teilweise verbraucht war.

Berufswechsel.

Die Unterbringung von Verdächtigen auf dem Lande bei Verwandten oder Bekannten ist in der hiesigen Industriegegend sehr schwer, die Vermittelung eines anderen Berufes fast unmöglich.

Zusammenfassung der Arbeit der Fürsorgestelle.

Damit wäre die Arbeit unserer Fürsorgestelle wohl erschöpft. Als Grundprinzipien lassen sich hinstellen: Aufsuchen der Tuberkulose in ihren Schlupfwinkeln und Brutstätten durch Familienuntersuchungen, möglichst frühzeitige und exakte Diagnose unter Hinzuziehung aller modernen Hilfsmittel, Wohnungs- und Ernährungsfürsorge für schwerkranke Bazillenhuster, Erschliessung der Heilwege für Gefährdete und Leichtkranke unter Hinzuziehung aller in Betracht kommenden Hilfsquellen und -mittel mit besonderer Berücksichtigung prophylaktischer Kuren für gefährdete Kinder; ferner engste Fühlungnahme mit den praktischen Ärzten, Schul- und Vertrauensärzten durch schriftliche bzw. mündliche Mitteilungen in möglichst sämtlichen Fällen, und endlich strengste Überwachung sämtlicher Fürsorgepatienten. Dazu kommt die nötige materielle Deckung durch die Armenverwaltung.

Wie die Statistik wohl beweist, haben wir Erspriessliches geleistet, aber es muss gesagt werden, dass wir bei dem ungeahnten Emporblühen der Fürsorgestelle auch bereits am Ende unserer Leistungsfähigkeit unter den gegebenen Bedingungen angelangt sind. Eine Erweiterung unserer Tätigkeit ist mit den vorhandenen Geldmitteln, den Räumlichkeiten der Fürsorgestelle, den Kräften des Arztes und der Schwestern nicht mehr möglich. Die Folgezeit wird lehren, ob wir zu einer — sicher unerwartet schnell gekommenen — Vergrösserung der ganzen Fürsorgestelle greifen müssen.

Allen unseren Gönnern und Freunden aber, die durch ihre entgegenkommende und opferwillige Hilfe das, was wir erreicht haben, erst ermöglichten, möchten wir nochmals unseren herzlichsten Dank aussprechen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

III.

Die ärztliche Statistik ist dadurch kompliziert, dass das Rechnungsjahr zunächst vom 1. Januar bis zum 31. Dezember laufen sollte, dann jedoch ebenso wie in den anderen städtischen Betrieben auf die Zeit vom 1. April bis 31. März festgelegt wurde. Da es unverhältnismässig viel Arbeit erfordern würde, noch Um- und Nachrechnungen dieserhalb anzustellen, so läuft die ärztliche Statistik des ersten Jahres vom 1. Januar 1908 bis 31. Dezember 1908.

Für die Zeit vom 1. Januar 1909 bis 31. März 1909 haben wir eine ganz kurze Statistik aufgestellt. Die neue läuft dann wieder vom 1. April 1909 bis zum 31. März 1910.

Der Wirtschaftsetat dagegen ist für die Zeit vom 1. Januar 1908 bis 31. März 1908 gesondert aufgestellt und läuft dann stets vom 1. April bis zum 31. März.

Die Aufstellung des Wirtschaftsetats, welche durch Herrn Ober-Stadtsekretär Andrecke erfolgt ist und bei den Akten liegt, ist diesen entnommen, die ärztliche Statistik für 1908 ist dem ersten von Herrn Dr. Stade abgefassten Berichte über die Fürsorgestelle, der im Manuskript bei den Akten liegt, entlehnt (S. 26—31).

Zum Schlusse ist es mir eine angenehme Pflicht, meinem Vorgänger, Herrn Dr. med. Stade, z. Z. Hilfsarbeiter beim Gesundheitsrat der Freien und Hansastadt Bremen, für liebenswürdige Überlassung seines im Manuskript vorliegenden Berichtes über das erste Betriebsjahr der Fürsorgestelle, sowie Herrn Ober-Stadtsekretär Andrecke, vor allem aber Schwester Gregoriana und Schwester Margarete für die freundliche und tatkräftige Hilfe bei der Aufstellung der Statistik meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Generated on 2019-12-14 17:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA

Rechnungslegung für die Zeit vom 1. I. bis 31. III. 1908.

A. Einrichtungskosten.

Einnahmen.	ℳ	₰	Ausgaben.	ℳ	₰
Vom Zentralkomitee (Berlin)	1000	—	Wohnungseinrichtung und Miete	529	43
Vom Magistrat aus dem Wohlfahrtsreservefonds . . .	3000	—	Porto, Stempelkosten, Druckkosten u. Inseratenkosten	144	98
			Gegenstände z. Vermeidung der Ansteckungsgefahr (Spucknäpfe usw.) . . .	381	81
	4000	—		1056	22
	4000	—			
	1056	22			
Überschuss	2943	78			

B. Laufende Kosten.

Einnahmen.			Ausgaben.		
1. Überschuss der Einrichtungskosten	2943	78	Für die Schwestern . . .	420	—
2. Geschenke	30	—	Für den Arzt	150	—
3. Zinsen der Spareinlage für 1907	10	—	Für Heizung	53	—
4. Von der Landesversicherungsanstalt Westfalen .	1000	—	Für Stärkungsmittel . . .	39	80
			Für Bettwerk	64	70
			Für Verpflegung im Krankenhause	15	—
	3983	78		742	50
	3983	78			
	742	50			
Bleibt	3241	28			

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Rechnungslegung für die Zeit vom 1. IV. 08 bis 31. III. 09.

Einnahmen.	ℳ	₰
1. Ueberschuss vom ersten Betriebsvierteljahr . .	3241	28
2. Vom Wohltätigkeitsverein	2000	—
3. Vom Magistrat aus Sparkassenüberschüssen . .	6000	—
4. Geschenke	38	75
5. Von Schwester Marianne aus einer privaten Sammlung	115	—
6. Von der Landesversicherungsanstalt Westfalen Beihülfe für 1908 . . .	1000	—
7. Von Behörden, gewerblichen Betrieben, Krankenkassen u. d. Armenverwaltung	1613	05
8. Beiträge v. Angehörigen	425	25
9. Zinsen aus der Spareinlage für 1908	204	44
	14637	77
	13712	92
Bleibt Rest	924	85

Ausgaben.	ℳ	₰
I. Verwaltungsausgaben.		
1. Persönliche.		
a) An das Diakonissenhaus zu Witten für die Arbeit einer evang. Fürsorgeschwester	840	
b) An das Vincenz-Mutterhaus in Paderborn für die Arbeit einer kathol. Fürsorgeschwester . .	840	—
c) Honorar für den Arzt .	600	—
2. Sächliche.		
a) Miete für das Lokal und Ausstattung desselben .	526	66
b) Heizung, Beleuchtung und Reinigung	242	—
c) Drucksachen, Porto usw.	126	37
	3175	03
II. Fürsorgeausgaben.		
1. Gegenstände zur Vermeidung d. Ansteckungsgefahr	573	12
2. Mietszuschüsse	718	65
3. Bettwerk	528	85
4. Stärkungsmittel . . .	908	22
5. Ausrüstungsgegenstände	368	10
6. Verschiedenes (darunter Verpflegung im Krankenhause, einmal. Unterstützungen, Zuschüsse an die Schwestern zur Hilfeleistung in eiligen Fällen)	1300	75
7. Entsendung i. Heilstätten	6140	20
	13712	92

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Ärztliche Statistik vom 1. I. 08 bis 31. XII. 08.

Zahl der ärztlichen Untersuchungen	526	
Sicheren physikalischen Befund oder Bazillen im Sputum hatten	95	Personen
Zahl der Tuberkulinimpfungen nach v. Pirquet	142	„
Positive Impfungen davon	63	„
Aus der Überwachung durch die Fürsorgestelle schieden wieder aus	68	„
Davon: durch Fortzug aus Dortmund	13	„
„ Todesfall	9	„
Als nicht tuberkulös befunden	23	„
In Heilstätten wurden untergebracht, teilweise mit Hilfe der Landesversicherungsanstalt, der Schüchtermann-Schillerstiftung, der Wohlfahrtskassen der grossen Werke und der Behörden und einzelnen Arbeitgeber	12 31 20	Männer Frauen Kinder
In Krankenhäuser wurden zur Pflege oder spezifischen Behandlung überführt	27 24 16	Männer Frauen Kinder
Mit Hülfe des Wohltätigkeitsvereins wurde ein vierwöchentlicher Aufenthalt in Erholungsorten vermittelt	25	Kindern
Ein mehrwöchentlicher Landaufenthalt wurde vermittelt	4 2	Männern Frauen
Zahl der eingestellten Betten für Bazillenhuster	23	
Mietszuschüsse wurden gewährt	551	M.
Milch wurde verabfolgt an	41	Kranke
und zwar 3221 Liter.		
Wohnungsdesinfektionen wurden auf unsere Anzeige unentgeltlich ausgeführt in	64	Fällen
Davon: während der Krankheit	36	Fälle
bei Wohnungswechsel	18	„
bei Todesfällen	10	„

Ärztliche Statistik vom 1. I. 09 bis 31. III. 09.

Ärztliche Untersuchungen	138
Auswurfuntersuchungen	98
Davon waren positiv	20
Pirquet-Impfungen	85
Davon waren positiv	36
Gesamte Anzahl der Sprechstundenbesucher	348
Hausbesuche der Schwestern	558

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Rechnungslegung für die Zeit vom 1. IV. 09 bis 31. III. 10.

Einnahmen.	ℳ	₰
1. Ueberschuss des zweiten Rechnungsjahres . . .	924	85
2. Vom Magistrat aus Sparkassenüberschüssen . .	6000	—
3. Von der Landesversicherungsanstalt	1500	—
4. Geschenke	12	—
5. Von Behörden, gewerblichen Betrieben, Krankenkassen u. der Armenverwaltung	4879	70
6. Beiträge v. Angehörigen	1345	95
7. Für verkaufte Speisemarken und zurückerstattete Desinfektionskosten	65	50
8. Zinsen aus der Spareinlage pro 1909	100	73
	14828	73
Ausgaben	13549	55
Bleibt Bestand (am 1. IV. 1910).	1279	18

Ausgaben.	ℳ	₰
I. Verwaltungsausgaben.		
1. Persönliche.		
a) Für die Arbeit einer evang. Schwester . . .	1053	37
b) Für die Arbeit einer kathol. Schwester . .	840	—
c) Honorar für den Arzt .	742	74
2. Sächliche.		
a) Miete bzw. Ausstattung des Lokals	264	78
b) Heizung, Beleuchtung und Reinigung . . .	249	25
c) Drucksachen, Porto usw.	54	50
	3204	64
II. Fürsorgeausgaben.		
1. Gegenstände zur Vermeidung d. Ansteckungsgefahr	363	52
2. Mietszuschüsse	512	75
3. Bettwerk	304	25
4. Stärkungsmittel . . .	1479	20
5. Ausrüstungsgegenstände	65	70
6. Zuschüsse an die Schwestern für eilige Fälle .	288	—
7. Verpflegung im Krankenhause	594	—
8. Für Entsendung von Personen in Heilstätten	6048	40
9. Verschiedenes	689	09
	13549	55

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Ärztliche Statistik vom 1. IV. 09 bis 31. III. 10.

Anzahl der Sprechstundenbesucher	2025	
Ärztliche physikalische Untersuchungen	683	
(Die sehr zahlreichen Nachuntersuchungen sind nicht gerechnet.)		
Sputum-Untersuchungen	672	
Davon waren positiv	109	
Zahl der Pirquet-Impfungen	291	
Davon waren positiv	176	
Es starben von den in Fürsorge Genommenen .	56	
Zahl der Wohnungsbesuche der Schwestern .	2911	
Desinfektionen auf Veranlassung der Fürsorge	106	
In Heilstätten wurden untergebracht durch ausschliessliche Vermittelung der Fürsorgestelle, teilweise mit Geldunterstützung durch dieselbe	7	Männer
	20	Frauen
	40	Kinder
Ausserdem wurde zufällig genau die gleiche Anzahl, nämlich 67 Personen, in Heilstätten untergebracht, für welche die Landesversicherung die ganzen Kosten trug und bei welchen in der Mehrzahl der Fälle die Fürsorgestelle nur den von anderer Seite bereits gestellten Antrag unterstützen sollte.		
In Krankenhäusern wurden untergebracht . . .	28	Männer
(Hier zahlten ausschliesslich Kassen und Armenverwaltung.)	18	Frauen
	13	Kinder
Mit Hilfe des Wohltätigkeitsvereins wurde eine vierwöchentliche Kur in Erholungsorten vermittelt	25	Kindern
In Invalidenheimen wurden untergebracht . . .	2	Männer
Mietszuschüsse wurden gewährt	512.75	M.
Milch wurde verabfolgt	7396	l.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Anhang.

Verzeichnis der Heilstätten und Erholungsorte, in welche von der Fürsorgestelle Kranke und Gefährdete geschickt werden.

1. Lungenkranke Männer	Heilstätte Ambrock b. Hagen	Pflegesatz täglich 4 M. (alles eingeschlossen)
2. „ „	HeilstätteLüdenscheid b. Altena	Pflegesatz täglich 4 M. (alles eingeschlossen)
3. „ „	Privathäuser in Lippspringe durch Vermittlung d.Brunnen-Administration der Arminiusquelle	Pflegesatz tägl. 3.25 M., für Arzt 15—20 M., Kur und Waldkarte 13.50M.,Medikamente, Bäder u. dergl. extra
4. „ Frauen	Auguste Victoria-Stift Lippspringe, evang. u. kathol. Abt.	Pflegesatz tägl. 3.70 M., Kur und Waldkarte 7.50 M., sonst alles eingeschlossen
5. „ Kinder	evang. Cecilienstift Lippspringe	Pflegesatz tägl. unter 12 Jahr 2.25 M., Kurtaxe 6 M., über 12 Jahr 2.75 M., Kurtaxe 6 M.*
6. „ „	kathol. St. Marienstift Lippspringe	Pflegesatz tägl. 2.25 M., Kurtaxe 6 M.*)
7. „ „	kath. St. Vincenzhosp., Coesfeld i. W.	Pflegesatz täglich 2 M., ärztl. Honorar 10 M.
8. „ Erwachsene	kath. St. Vincenzhosp., Coesfeld i. W.	Pflegesatz tägl. 2.25 M., ärztl. Honorar 10 M.
9. Tuberkulös gefährdete und blutarme Kinder	Kinderheim in Wittbränke	4wöchentl. Kur 36,50 M.
10. Tuberkulös gefährdete und blutarme Kinder	evang. Erholungsheim Wallbaum b. Hattingen	„ „ 35 M.
11. Tuberkulös gefährdete und blutarme Kinder	kath. St. Josefshosp. zu Welver	„ „ 35 M.
12. Skrofulöse Kinder	evang. Soolbad Sassendorf	Durch Vermittlung des Schularztes auf Kosten der Schüchtermann-Schiller-Stiftung
13. „ „	kath. Soolbad Werne	desgl.
14. „ „	kath. Krankenhaus in Unna b. Soolbad Unna/Königsborn	Pflegesatz tägl. 1.50 M. (Soolbäder eingeschl.)

*) Es kann um freie Tage nachgesucht werden.

Generated on 2019-12-14 17:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA

50 Jahre hygienischer Entwicklung, mit besonderer Berücksichtigung der Cölner Verhältnisse[1]).

Vom

Beigeordneten Dr. med. P. Krautwig.

Die Entwicklung, welche die öffentliche Gesundheitspflege in den verflossenen 50 Jahren genommen hat, ist so glänzend und erfolgreich gewesen, dass das heutige Geschlecht und auch wohl wir jüngeren Ärzte sich kaum noch eine rechte Vorstellung machen können von den gesundheitlichen Gefahren und Missständen, unter denen noch um die Mitte des vorigen Jahrhunderts die Masse des Volkes zu leiden hatte. Gar zu leicht tritt die Freude über diesen stolzen Aufstieg hygienischer Wissenschaft und Technik in unserer Empfindung und unserem Urteil zurück gegenüber der Bewunderung der gesamten Fortschritte, die die Menschheit fast auf allen Gebieten kultureller und wirtschaftlicher Entwicklung in den verflossenen Dezennien erleben durfte. Und doch ist die Gesundheit unseres Volkes, der Schutz desselben gegen die gesteigerten Gefahren der heutigen Zeit die Voraussetzung und Grundlage des Kultur-Aufstiegs gewesen. Die reichen Erfolge der Hygiene sind dem früheren Geschlecht durchaus nicht mühelos als reife Frucht in den Schoss gefallen. Es galt vielmehr damals, Gleichgültigkeit und Trägheit, Vorurteile und Irrtümer mannigfacher Art zu bekämpfen und auszurotten, bis die Lehren der hygienischen Wissenschaft und Technik Verständnis und Eingang bei Behörden und Volk finden konnten. Unser heutiger Rückblick, der sich nicht genau an die Zeitspanne von 50 Jahren halten kann, führt uns zurück in die Frühlingszeit der öffentlichen Gesundheitspflege, in die Zeit, da der Altmeister Pettenkofer mit seinen Lehren und Forderungen sich durchsetzte und hier am Rhein Lent, als einer seiner ersten und besten Schüler mit jugendlichem Draufgängertum die Sanierung der Städte als die damalige Forderung der Stunde

---

1) Nach einem Vortrage im Verein der Ärzte des Reg.-Bez. Cöln (13. XI. 10).

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF IOWA

Generated on 2019-12-14 17:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

betrieb. Gerade in diesem Kreise wird es Verständnis finden, wenn wir bei einer Rückschau, die sich auf wichtige und markante Gebiete der Hygiene beschränken will, die Ereignisse vielfach in den Vordergrund stellen, die sich in unserem Bezirke und besonders in der Stadt Köln abgespielt haben. Auf Schritt und Tritt können wir dabei die Wirksamkeit des Mannes erkennen, der noch heute zu aller Freude in unserer Mitte weilt, dessen Wirken sich aber nicht auf die Grenzen unserer Stadt beschränkte, sondern durch eine erfolgreiche Propaganda unserm ganzen Vaterlande und besonders unseren Deutschen Städten Fortschritt und Segen gebracht hat.

Was mag nun wohl den Anstoss zur Entwicklung der Volksgesundheitspflege vor etwa 5 Jahrzehnten gegeben haben? Als Antwort hierauf hören wir meistens, dass es die Not jener Zeit gewesen wäre, die unter schrecklichen menschenmordenden Seuchen gelitten habe. Noch vor kurzem las ich, dass ein englischer Autor die Entwicklung der öffentlichen Gesundheitspflege in England, die der unseren um ein bis zwei Jahrzehnte vorausging, auf die Not der Seuchen und mehr noch auf das entsetzliche Elend, das der Krimkrieg mit all seinen Schrecken und zumal mit seinen schmutzigen, stinkenden Feldhospitälern der Welt offenbart hatte, zurückzuführen suchte.

Da möchte man doch einwenden, dass die früheren Jahrhunderte das Elend der Seuchen, der Kriege und der Hungersnöte noch viel entsetzlicher kosten mussten als die damalige Zeit. Die Verluste, die die Völkerwanderung und der dreissigjährige Krieg, die die Beutezüge der Seuchen der europäischen Bevölkerung brachten, sind unberechenbar. Der schwarze Tod, die Pest, soll in den Jahren 1347—1350 in manchen Teilen Europas über die Hälfte der Bevölkerung dahin gerafft haben. Ganze Orte und Landschaften starben aus, und die Angabe, dass fast 25 Millionen, über ein Viertel der damaligen Bevölkerung Europas dahinstarben, soll nach zuverlässigen Berichterstattern noch hinter der Wirklichkeit zurückbleiben. (Prinzing.)

Die Not war also auch zu früheren Zeiten gross und schrie nach Abhilfe. Der Wille zu helfen, war gewiss auch in früheren Jahrhunderten vorhanden. Die Kritik hat ja leicht urteilen, dass das Mittelalter dieser Not fast lethargisch gegenübergestanden, weil es in den Kriegen und Seuchen eine Strafe des Himmels gesehen und weil man es für verdienstlich gehalten, Elend und Krankheit gottergeben zu tragen. Hätte dem Mittelalter Wissenschaft und Technik moderne Begriffe und moderne Waffen gegeben, so hätte man auch damals sich zweifellos zu einer wirksameren Volksgesundheitspflege aufgerafft und sich nicht beschränkt auf allerhand

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

schöne hygienische Lehren, die nur dem einzelnen nützliche Vorschriften über Ernährung, über das richtige Mass geistiger und körperlicher Arbeit und andere Kapitel privater Hygiene gegeben hat.

Wer gelesen hat, wie man dem Aussatze und der Pest in früheren Jahrhunderten energisch durch Isolierungen der Kranken und durch Desinfektion zu Leibe ging, der wird dieser Zeit den guten Willen und die Tatkraft doch wohl nicht ganz absprechen können.

Wir wollen also mit Rubner feststellen, dass der Angelpunkt der ganz modernen hygienischen Entwicklung in den Fortschritten der Naturwissenschaften und der Technik, die uns das vorige Jahrhundert beschert, gelegen hat. Freilich kamen mancherlei günstige Umstände hinzu, die eine Verwertung der neuen Kenntnisse zugunsten der Volksgesundheit anregten und förderten. Ich erwähnte schon die schlimmen Seuchen, unter denen die Pocken infolge der Jennerschen Entdeckung bereits an Umfang zurücktraten. Im Vordergrunde standen Typhus und Cholera. Die Cholera war im 19. Jahrhundert zunächst in Russland im Jahre 1830 in einer gewaltigen Epidemie ausgebrochen und nahm im folgenden Jahre auch ihren Einzug in Deutschland. Damals verschonte sie noch die westlichen Provinzen unseres Vaterlandes, desgleichen bei einer wieder aufflackernden Epidemie im Jahre 1837. Die zweitgrösste Cholera-Epidemie brachte dann das Jahr 1849.

Über 85000 Erkrankungen wurden bei der damaligen, zweifellos noch recht unzuverlässigen Statistik in Preussen gezählt, mit nicht weniger als 45200 Todesfällen. Hier in Köln betrug die Zahl der Krankheitsfälle bei einer Bevölkerungsziffer von 85442 2761, die Zahl der Todesfälle 1274. Dabei spielte sich die Epidemie im wesentlichen in der Zeit vom 3. Juli bis 18. November ab. Eine nicht unbedeutende Zahl von Erkrankungen folgte dann auch in den Jahren 54, 55, 59 und 65. Im folgenden Jahre kam es wiederum zu einer gewaltigen Ausdehnung der Epidemie, die in Preussen in den Jahren 1866 und 67 nicht weniger als 120714 Menschen dahin raffte. Die westlichen Provinzen hatten unter dieser Seuche besonders stark zu leiden, und in der Stadt Köln ergriff die Cholera allein 1866 467, im Jahre 1867 rund 1200 Menschen; die Gesamtverlustziffer an Cholera beläuft sich in den beiden Jahren auf 858 Menschen.

Als treibende Kraft für die Entwicklung der Hygiene um die Mitte des vorigen Jahrhunderts ist noch weiter zu nennen der wirtschaftliche Aufschwung der damaligen Zeit. Die Industrie begann sich zu regen; gewaltige Volksmassen strömten vom Lande in

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die Städte hinein. Die Städte waren auf diesen Zuwachs, der sozusagen über Nacht kam, nicht eingerichtet, und so trat bald als Kehrseite der wirtschaftlichen Entwicklung die soziale Not des Volkes hervor, das in den engen Wohnungen der alten Städte nur ungenügende Unterkunft finden konnte. Aber der wirtschaftliche Aufschwung rief nicht nur die Not der Massen hervor, sondern auch das Verantwortlichkeitsgefühl und die Einsicht der Behörden und noch mehr des Bürgertums. Für den Westen unseres Vaterlandes dürfen wir feststellen, dass bereits Napoleon das Bürgertum zur kräftigen und verantwortlichen Mitarbeit auf dem Gebiete der Volksgesundheitspflege herangerufen hatte. Schon damals war bei uns in Köln manches zur Aufgabe der Kommune geworden, ich nenne nur die Versorgung der Kranken und Armen, die Regelung des Leichenwesens, was man in früheren Zeiten privaten Organen, insbesondere der kirchlichen Tätigkeit mehr oder weniger überlassen hatte.

Die preussische Städteordnung vom 19. November 1808 hatte bereits den Städten eine selbständigere und bessere Verfassung gegeben, um „in der Bürgergemeinde einen festen Vereinigungspunkt gesetzlich zu bilden, ihnen eine tätige Einwirkung auf die Verwaltung des Gemeinwesens beizulegen und durch diese Teilnahme Gemeinsinn zu erregen und zu erhalten". Die praktische Arbeit gemeinsinniger Männer in grossen Städten, die für das Wohl des Ganzen zu arbeiten bereit waren, kam aber in den ersten Jahrzehnten des vorigen Jahrhunderts noch wenig zur Geltung. Trotz der neuen Freiheit und Selbständigkeit glaubten die meisten immer noch am besten und sichersten am Gängelband der hohen und einsichtsvollen Regierung dahin zu schreiten. Wo sich freie Kräfte regten, geschah es weniger, um auf wirtschaftlichem Wege die Gemeinwesen zur Blüte zu bringen und praktische Wohlfahrtspolitik zu betreiben, als um politischen Idealen und schöngeistigen Schwärmereien nachzugehen.

So war die Zeit, als wirtschaftlicher Aufschwung, Fortschritt von Wissenschaft und Technik den Aufstieg unseres Volkes anbahnten. Für die damalige Zeitperiode stimmt gewiss das Wort, dass jede Zeit diejenigen Männer hervorbringt, deren sie bedarf. Die Städte wollten und mussten wachsen. Sie konnten aber die andrängenden Massen nicht gesund versorgen; Seuchen und Not klopften an ihre Tore und drohten den wirtschaftlichen Aufschwung zu einer schlimmen Gefahrenquelle für die Volksgesundheit zu machen. Da brachte Virchow Leben und Fortschritt in die Medizin, deren Arbeiten und Lehren er auf naturwissenschaftliche Basis stellte. Da wurde uns von einem gütigen Schicksal der geniale Pettenkofer als Vater der öffentlichen Gesundheitspflege

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

beschert, zugleich Meister in medizinischen und naturwissenschaftlichen Dingen. Pettenkofer war im Jahre 1847 von König Ludwig I. zum ausserordentlichen Professor der Universität München, vorzugsweise für pathologisch-chemische Untersuchungen ernannt worden. Er gründete sich ein kleines Laboratorium und hielt eine Vorlesung über medizinische Chemie, aus der bald eine diätetische Chemie wurde, in der über den Rahmen dieses Themas hinaus er wohl als erster Mediziner die Einflüsse von Luft und Wasser, der Kleidung und der Nahrungsmittel auf die Gesundheit des einzelnen und die Gesundheit des Volkes abhandelte. Gar bald fesselten ihn Studien über Ursachen und Verbreitungswege von Cholera und Typhus. Die praktischen Sanierungsvorschläge, die er auf seine heute meist verlassenen Theorien aufbaute, sind sein unvergängliches Verdienst, welches ihn in die Reihen der besten Wohltäter der Menschheit hineinstellt. Längst ehe die Wissenschaft, zumal die erst später aufblühende Bakteriologie, die ätiologischen Fäden der Seuchen zu entwirren vermochte, ging man den verderblichsten derselben, dem Typhus und der Cholera durch eine richtige Gesundheitstechnik, die nach Pettenkofers Ratschlag vornehmlich Reinhaltung von Wasser und Boden erstrebte, erfolgreich zu Leibe. Pettenkofer fand begeisterte Anhänger. Als hier am Rhein und besonders in Köln in der Mitte der 60er Jahre die Cholera die öffentliche Gesundheit so schwer bedrohte, war es Lent, der mit jugendlichem Feuereifer die Sanierungsarbeit im Sinne Pettenkofers übernahm. Sein Verdienst ist es in erster Linie, dass er sehr bald Fachmänner der verschiedensten Art, Baumeister, Chemiker, auch Verwaltungsbeamte um sich versammelte, um mit ihnen zusammen die Gesundheit der Stadt zu fördern, und fürs erste praktische Arbeit zur Bekämpfung der Cholera zu leisten. Der kleine Kreis von Männern, den Lent für seine Pläne gewann, setzte sich bald mit den Verwaltungen der Städte des Rheinlandes in Verbindung, so mit Cöln, Düsseldorf, Elberfeld, Barmen, Duisburg, Essen, Crefeld. In häufigen Zusammenkünften wurden die gesundheitlichen Fragen der Städte beraten, leider sind die Protokolle dieser Sitzungen verschwunden. Am 19. Juni 1869 bildete sich dann in Düsseldorf unter dem Vorsitze Grafs der Niederrheinische Verein für öffentliche Gesundheitspflege. Was er in seinem ersten Aufruf versprochen, das hat er in einer 40jährigen Tätigkeit unter Führung Lents glänzend wahrgehalten. Er wollte „in Wort und Schrift die Sache der öffentlichen Gesundheitspflege verfechten, die Resultate wissenschaftlicher Forschung zu einem Gemeingut immer weiterer Kreise machen, den Kommunen einen Mittelpunkt für gleichmässige Aktion schaffen und schliesslich die notwendigen Fortschritte der Gesetzgebung be-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

treiben.“ Auch andere Städte und Mitglieder schlossen sich dem Verein, der aus der Not der Zeit gebildet war, freudig an, und mit Stolz konnte der Führer des Vereins in seiner Festrede zum silbernen Jubiläum es aussprechen: „Es gibt wohl kaum eine Frage der öffentlichen Gesundheitspflege, mit der unser Verein sich nicht beschäftigt hätte, und wenn Sie ein Handbuch der Hygiene aufschlagen, so werden Sie finden, dass alle Abschnitte des Buches sich in den Annalen unseres Vereins finden.“ Die Publikationsorgane des Vereins in den ersten zehn Jahren, das Korrespondenzblatt und im weiteren Verlaufe das Zentralblatt für allgemeine Gesundheitspflege sind eine wahre Fundgrube der hygienischen Wissenschaft und der hygienischen Technik. In der Tagespresse, in Flugblättern, auf hygienischen Versammlungen und Kongressen suchte der Verein seine hygienischen Lehren zum Gemeingut des Volkes zu machen. Auf manche wichtige Frage der Gesetzgebung ist gerade seine Arbeit von besonderem Einfluss gewesen. Nach dem Vorbilde des Niederrheinischen Vereins bildeten sich in vielen deutschen Städten Vereine mit gleicher Tendenz, und schliesslich entstand unter der lebhaften Mitwirkung des Niederrheinischen Vereins der grosse deutsche Verein für öffentliche Gesundheitspflege, im Jahre 1883, der durch seine praktische Organisation unter der Führung bedeutender Männer unermesslich viel Segen der Volksgesundheit unseres Vaterlandes gebracht hat. Im letzten Ende geht diese ganze segensreiche Tätigkeit zu einem guten Teil zurück auf die Initiative und die treue Arbeit unseres verehrten Geheimrats Lent, der es fertig gebracht, dass ohne viel staatliche Unterstützung die Städte selbst mit grossen Opfern die sanierende Arbeit übernahmen, während die grossen hygienischen Fortschritte in England im wesentlichen unter dem Zwange weitschauender Gesetze frühzeitig errungen werden konnten.

Die praktische Arbeit der grossen Gesundheitsvereine hat niemals den Anschluss an die Wissenschaft verleugnet; sie ist der Wissenschaft oft vorausgeeilt, sie hat sie in gründlicher Weise befruchtet und bereichert. Am Ende der 60er Jahre errichtete der Niederrheinische Verein ein chemisches Untersuchungsamt. Die wissenschaftlichen Sitzungen blieben in beständigem Connex mit den Vertretern der wissenschaftlichen Hygiene an den Hochschulen. Kurz müssen wir hier den Widerstand streifen, der der jungen Disziplin, die sich von der alten Wissenschaft als selbständiger Zweig ablösen wollte, in manchen berufenen Kreisen der Wissenschaft entstand. Schon die Geschichte Pettenkofers ist ein Beweis für die Schwierigkeiten, unter denen sich neue Disziplinen oftmals durchringen mussten. Nachdem Pettenkofer bereits grosse Arbeiten geleistet, neue Wege und Ziele der Wohlfahrt des Volkes gewiesen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

hatte, vielen Städten durch praktische Arbeit unschätzbare Dienste geleistet, insbesondere die Typhusstadt München erfolgreich saniert hatte, konnte er es doch an der Münchener Universität nicht zu einem selbständigen Arbeitsinstitut bringen. Erst als er im Jahre 1872 einen Ruf als ordentlicher Professor nach Wien erhielt, stellte man ihm für den Fall seines Bleibens die Einrichtung eines hygienischen Instituts in Aussicht. Er blieb und erhielt im Jahre 1878 die verlangte Arbeitsstätte. In Bayern wurden nach dem Vorbilde Münchens im Laufe der nächsten Jahre weitere hygienische Institute an den Universitäten errichtet.

Unvergessen ist noch der Kampf, den ein so genialer und verdienter Mann wie Koch um die Selbständigkeit seines Werkes führen musste. Selbst ein Virchow vermochte, wie die denkwürdige Verhandlung des preussischen Landtages vom 1. Februar 1884 erwiesen, die Bedeutung der Hygiene, der aufblühenden Bakteriologie, nicht genügend zu erkennen. Er bestritt im Namen der medizinischen Fakultät der Hygiene jeden Anspruch auf Selbständigkeit der Methoden. Er meinte, wer die verschiedenen, in der Hygiene nötigen Dinge in einem besonderen Kolleg lehre, würde ein sonderbarer Künstler werden; darum lehnte er ausdrücklich den Antrag des Kultusministers von Gossler, auch an den preussischen Universitäten Unterrichtsstätten für Hygiene einzurichten, ab. Glücklicherweise hielt das preussische Unterrichtsministerium an seinem Plane fest, da es wohl zu beurteilen wusste, wie segensreich bereits hygienische Wissenschaft und hygienische Praxis die Volksgesundheit beeinflusst hatten. Und wiederum waren es die grossen Vereinigungen zur Förderung der öffentlichen Gesundheitspflege, die die Öffentlichkeit und zumal die berufenen Stellen in den einzelnen Verwaltungen über die Bedeutung der Hygiene sachgemäss und wirksam orientiert hatten.

Nachdem wir bisher in flüchtigen Strichen die treibenden Kräfte und den Entwicklungsgang der modernen Hygiene skizziert haben, wollen wir einen kurzen Rückblick noch auf das Gebiet der Hygiene werfen, welche man im wesentlichen mit dem Namen der Städte-Hygiene zu bezeichnen pflegt, und dabei besonders die Fragen der Reinhaltung des Bodens und des Wassers berühren, die für die Gesundhaltung der Städte von fundamentalster Bedeutung sind, deren Lösung man als die Grosstaten der Hygiene bezeichnen darf.

Das Städtebild unserer altehrwürdigen Colonia mag im Mittelalter und auch noch anfangs des vorigen Jahrhunderts für den Freund von Kunst und Altertum manches Schöne geboten haben. Der Hygieniker aber kann sich mit den damaligen Zuständen nach keiner Richtung hin befreunden. Die Masse des Volkes wohnte in engen winkeligen Gassen, in die Luft und Sonne zu

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wenig hineindrang. Die meisten Strassen waren ungenügend befestigt, die Reinigung war mehr als mangelhaft. In den Gossen stagnierten Pfützen schmutzigen, stinkenden Wassers, das aus den Haushaltungen und aus Gewerbebetrieben, aus Metzgereien auf die Strasse entleert wurde. Nur in der Nähe des Rheines und des Wallgrabens bestanden Kanäle, die aber nur teilweise gut funktionierten. Bei einem grösseren Teile entsprach weder das Gefälle noch die Reinigung den billigsten Anforderungen. Manche Kanäle waren verfallen. Die Häuser an nicht kanalisierten Strassen, die in der Mehrzahl waren, entleerten ihre Schmutzwässer und Fäkalien in Gruben und Senken, die meist in vertraulicher Nachbarschaft neben der wasserspendenden Pumpe angelegt waren. Die meisten Gruben waren als Schlinggruben mit Absicht angelegt. Was von dem Inhalte nicht verdunstete, zog in den Boden ein, und die übrige, festere Masse wurde nur, wenn die Gruben zum Überlaufen voll waren, abgefahren. So schlimm wie im Mittelalter wird es um den Anfang und die Mitte des vorigen Jahrhunderts nicht mehr bei uns ausgesehen haben. Damals liefen, wie von einer Pestkommission überliefert wurde, die Schweine, die besonders vom Bäcker oder auch von anderen Anwohnern in ihren Häusern und Kellern gemästet wurden, in grossen Rudeln auf den Strassen umher und verursachten unleidlichen Gestank. Die Strassen starrten von Schmutz und von Mist, so dass der Magistrat einer deutschen Stadt verfügen musste: „Der Mist sol nicht lenger auf dem Marcht liegen denn 14 Tage; darnach lenger mit Urlaub der Pürger und dez Richters pei 72 denar Strafe.“

Weyden hat in seiner bekannten Schrift über Köln am Rhein vor 50 Jahren, die die Zustände zu Anfang des vorigen Jahrhunderts mitteilt, recht anschaulich die damaligen Dinge geschildert. Vor den Toren seien die aus menschlichen Exkrementen bestehenden Misthaufen aufgestapelt, die mit den Jauchelachen an heissen Sommertagen und an den Abenden um die Wette die Luft verpesteten.

An der Schafenpforte hauchte eine schmutzige Lache im Vorgraben ihre Malaria aus; wenn man sich den Toren und dem Wallgraben näherte, so seien es nichts weniger als Schiras' Rosendüfte, welche den Wanderer begrüssten. Auf den Strassen türmten sich an einzelnen Stellen die Misthaufen so hoch, dass sie die Giebelspitzen überragten, besonders da, wo die Kappesbauern in den engeren Wallgassen ihrem Berufe oblagen. Auch der alttestamentische Spruch, es soll dir Gras vor der Türe wachsen, sei bei der Mehrzahl der Häuser in den verschiedentlichen Gassen in Erfüllung gegangen. Nur die Hauptstrassen seien gepflastert, aber wie. Unabsehbar seien die Reihen der Dreck- und Aschenhaufen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

in den Strassen, die auf den Dreckmann meist vergeblich gewartet hätten. Menschlichkeiten fände man aller Art, namentlich um die Kirchen und die öffentlichen Gebäude herum.

Etwas annehmbarere Zustände wird das Komitee für öffentliche Gesundheitspflege in den 60er Jahren des verflossenen Jahrhunderts unserer Stadt angetroffen haben. Aber auch Lent erwähnte damals noch ausdrücklich, dass aus vielen Häussern, trotz des Polizeiverbots aus dem Jahre 1860 die Fäkalien in Rinnsteine und Kanäle entleert wurden, besonders von der ärmeren Bevölkerung, die den Unrat nachts kurzerhand auf die Strasse goss. Die verschiedensten Abfälle aus Haushaltungen und industriellen Anlagen, Blut und tierische Flüssigkeiten, aus den Metzgereien, Knochen und menschliche Exkremente verunreinigten die Strassen in ungehöriger Weise.

Dass bei solchen üblen Gewohnheiten im Verlaufe von Jahrhunderten der Untergrund der Stadt Cöln verunreinigt und verseucht war, liegt auf der Hand. Und dieser selbe Untergrund musste das vornehmste Nahrungsmittel, das Wasser, den Anwohnern hergeben. Es ist bekannt, wie man gerade in Cöln die aus römischen Zeiten stammende Wasserleitung, die aus der Eifel gesundes Wasser zuführte, verfallen liess. Dafür legte man an vielen Stellen öffentliche und private Brunnen an, die nach ihrer ganzen Anlage den verunreinigenden Zuflüssen von oben und von der Seite her ausgesetzt waren.

Solche Zustände fand Lent vor, als er mit seinem Komitee im Jahre 1865 an die praktische Bekämpfung der ausgebrochenen Choleraseuche heranging. Die Ansichten der medizinischen Kreise über die Ätiologie der Cholera waren damals durch die Tätigkeit Pettenkofers bereits weit präziser und klarer als etwa ein oder zwei Jahrhunderte vorher. Lent sagte in seinem ersten Bericht über die Tätigkeit des Komitees im Jahre 1866 folgendes:

Zur Hervorbringung einer Choleraepidemie ghört:

1. eine spezifische, durch den Verkehr verbreitete Ursache, das Choleragift (Cholerakeim), welches an den Ausleerungen von Cholerakranken haftet;
2. ein für die Entwicklung dieses Choleragiftes günstiger Boden, welcher durch das Vorhandensein folgender Hilfsursachen gegeben ist:
   a) eine von Menschen bewohnte Bodenschicht, welche für Wasser und Luft bis zur Tiefe des Grundwassers durchlässig ist;
   b) die Gegenwart organischer, besonders von Exkrementen herstammender Stoffe in dieser Bodenschicht;
   c) eine zeitweise grössere Schwankung in dem Feuchtig-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

keitsgehalt dieser Bodenschicht, welche sich am zuverlässigsten in dem wechselnden Stand des Grundwassers ausspricht;

d) eine Disposition des Individuums, an Cholera zu erkranken.

Den erheblichen Fortschritt der damaligen ärztlichen Auffassung, die doch auch noch der vorbakteriologischen Zeit angehört, gegen den früheren Standpunkt ergibt der Vergleich mit den Äusserungen Virchows in seinen Mitteilungen über die in Oberschlesien herrschende Typhus-Epidemie im Jahre 1848. Damals diskutierte er als Ursachen den Zustand der Erdoberfläche, die Vegetation, die Temperatur der Luft, ihren Wassergehalt, ihren Druck und ihre Elekrizität; und als Endursache glaubt er annehmen zu dürfen, dass sich unter Zusammenwirkung von polaren und äquatorialen Luftströmen aus den Zersetzungsprodukten der warmen Luft ein Miasma bildete, das in Zusammenwirkung mit der Hungersnot die Seuche hervorrief. Man stritt sich um die damalige Zeit noch recht heftig darum, ob ein Miasma oder ein Kontagium die Krankheit hervorriefe. Der Sekundärarzt Heimann des Cölner Bürgerhospitals schloss aus seinen Erfahrungen über die Cholera-Epidemie im Jahre 1849, bei der er in wenigen Monaten 859 Choleraerkrankungen im Hospital behandeln konnte, dass die Erkrankung von 22 Hospitalbewohnern so wohl ihrer Zahl als ihrer Entstehung nach nicht geeignet sei, der Kontagiösität der Cholera das Wort zu reden.

Die Vorschläge des Komites für Gesundheitspflege zur Bekämpfung der Cholera, waren eben so präzis wie seine Ansichten über das Choleragift und die Choleraverbreitung. Zahlreiche Untersuchungen von Brunnen bestätigten mit wissenschaftlich exakten Zahlen die Annahme, dass mit dem Untergrunde auch das Trinkwasser verdorben war. Zunächst verlangte das Komitee eine bessere Anlage der Brunnen. Sie sollten tiefer in reineren Boden geführt werden, der Brunnenkessel sollte gedichtet werden. Man verlangte weiter die schleunige Herstellung einer Wasserleitung und verwarf die Absicht der Stadtverwaltung, nach dem Moor'schen Projekte durch Kies filtriertes Rheinwasser zu verwenden. Man verlangte vielmehr, dass grosse Brunnenanlagen in gesundem Boden errichtet würden, um der Bevölkerung das Wasser zu liefern. Unter dem Einflusse des Komitees, das damals den Behörden nicht selten als eine unruhige, bedenkliche Gesellschaft vorkam, wurden die Vorarbeiten zu einer Wasserleitung energischer betrieben, und Cöln konnte sich mit dem Jahre 1872 eines einwandfreien Wassers aus dem Wasserwerk Alteburg erfreuen. Ich will hier bemerken, dass in Frankreich und England bereits im 18. Jahrhundert und in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts eine Reihe von Städten zur zentralen Wasserversorgung übergegangen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

waren. Die erste zentrale Anlage wurde in Deutschland 1849 in Hamburg errichtet. Ihr folgte in Berlin die gleiche Anlage im Jahre 1855, und schliesslich waren auch noch Altona und Magdeburg Cöln auf diesem Gebiete zuvorgekommen. Dass gerade die einwandfreie Wasserversorgung das Rückgrat der öffentlichen Gesundheitspflege bildet, brauche ich in diesem Kreise nicht zu betonen. Ich will nur hervorheben, dass heute wohl über 1600 zentrale Anlagen in Preussen allein bestehen, an die mindestens 2000 Orte angeschlossen sind.

Als zweite Kardinalforderung stellte das Komitee die Reinhaltung des Bodens auf. Den verunreinigten, mit organischen Stoffen imprägnierten Boden hielt man damals nicht nur als Wasserspender für recht gefährlich, sondern auch wegen der gefährlichen Bodenluft und der Kanalgase, die er entströmen liess, eine Anschauung, die bekanntlich in England heute noch vertreten ist. Man verlangte für Cöln die Projektierung eines umfassenden Kanalsystems, vorläufig aber die Abschaffung der Schlinggruben, Einrichtung von wasserdichten Gruben, die auch die Abtrittsgase nicht in die Häuser austreten liessen, geregelte Abfuhr der Gruben, Übernahme der Strassenreinigung in städtische Verwaltung. Die Frage, ob bei einer umfassenderen Kanalisation die Flüsse der Stadt verunreinigt, der Landwirtschaft aber wertvolle Dungmittel zu Unrecht entzogen würden, wurde damals schon lebhaft ventiliert. Mit vielem Interesse wird man auch heute noch die Referate des Hygienikers Lent und des Chemikers Kyll über die Polizeiverordnung vom 10. Juli 1876 lesen, welche den obligatorischen Anschluss der Hausentwässerungsanlagen an die Kanalsysteme forderte. Hier gingen Lent und und Kyll nicht einig. Lent behauptete, dass bei der Wassermenge und der Geschwindigkeit des Rheines, auch bei niedrigstem Wasserstande, selbst nach Fertigstellung des ganzen Kanalsystems in der Einlassung der sämtlichen Kanalwässer in den Rhein eine Gefahr sowohl für die Bewohner der Stadt Cöln, als für die Bewohner der unterhalb Cölns liegenden Orte nicht anerkannt werden könne. Eine Zuleitung von fernerem Klosettwasser zu dem jetzt in den Rhein fliessenden, mit Klosettwasser vermischtem Kanalwasser, wäre ohne jegliches Bedenken. Kyll dagegen wollte unter keinen Umständen gestatten, die Wasserklosettflüssigkeiten durch die Kanäle direkt in den Rhein abzuschwemmen. Es liesse sich wohl die Einführung des pneumatischen Systems nach Liernur oder auch des Tonnensystems nach seiner Ansicht in Erwägung ziehen. Heute wissen wir, dass die Ansichten Lents, trotz aller Wandlungen in den Ansichten, die auch bei berufenen Stellen im Laufe der Jahre noch eintraten, sich in der Praxis durchgerungen haben. Lent traf schon damals das Richtige, als er sagte, dass es in jedem einzelnen Falle

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

darauf ankomme, sich ein möglichst getreues Bild über die Verunreinigungen des Flusses, teils durch Berechnung der Verdünnung, teils durch chemische Untersuchungen des Flusswassers zu verschaffen. Dieser Standpunkt hat es der Stadt Cöln möglich gemacht, eine planmässige Kanalisation nach der Stadterweiterung im Jahre 1881 auszuarbeiten, und heute diese Abwässer nach einfacher mechanischer Reinigung im Flachbecken dem Strome zu übergeben. Dabei kann das Kanalwasser mit einer Geschwindigkeit von 40 mm in der Sekunde das Klärbecken durchströmen; das Verdünnungsverhältnis bleibt auch bei Niedrigwasser noch 1 : 1640.

Ein Wort nur über die ungeheueren Fortschritte, die auch an anderen Orten die Abwässerversorgung erlebt hat. Führend war auch auf diesem Gebiete England, welches mit seinen grossen Städten und seiner reichen Industrie die grössten Schwierigkeiten mit der Abwässerversorgung hatte, da seinen Städten oft nur kleine Wasserläufe als Vorflut zur Verfügung standen. In Deutschland ging Berlin im Jahre 1852 mit einer planmässigen Kanalisation voran. Hamburg, Danzig, München, Frankfurt folgten. Kaum verständlich sind die Anschuldigungen gegen die Kanalisation aus der damaligen Zeit, dass dieselbe auf die Entstehung und Verbreitung von Krankheiten, besonders von Typhus und Diphtheritis, durch das aus dem Kanal austretende Kanalwasser ungünstig einwirke. Dabei konnte Lent schon damals an der Hand verfügbarer Zahlen feststellen, dass in den kanalisierten Städten die Typhussterblichkeit progressiv in erheblichem Masse gesunken sei, und heute zweifelt wohl kein Mensch daran, dass die Abnahme der Sterblichkeit in den letzten Jahrzehnten des vorigen Jahrhunderts und ihre besonders deutliche Abnahme in den Grossstädten seit den 80er Jahren zum wesentlichsten Teile auf die planmässige einwandfreie Wasser- und Abwässerversorgung zurückzuführen ist. Nicht alle Städte haben es so bequem wie Cöln, wo der mächtige Rheinstrom als Vorflut verfügbar ist. Aber jede Stadt ist Dank der vorgeschrittenen Technik heute in der Lage, sich einwandfrei ihrer Abwässer zu entledigen, sei es, dass sie mechanisch-chemische Klärverfahren wählt, sei es, dass sie zum Rieselfelder-Betriebe oder dem biologischen Reinigungsverfahren greift, das wir als neueste Errungenschaft praktischer Hygiene nicht mehr vermissen möchten.

Als das dritte Hauptarbeitsgebiet der Kommission für öffentliche Gesundheitspflege will ich kurz ihre Desinfektionstätigkeit streifen. Die Behörden verhielten sich damals gegenüber den bereits bestehenden Desinfektionsvorschriften recht gleichgültig. Deshalb beschloss die Kommission, die Ausführung der Desinfektion in den Häusern der ärmeren Volksklassen selbst zu organisieren und zu überwachen. Heildiener wurden in der Desinfektion ausgebildet

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

und in diejenigen Strassen hingesandt, in denen Choleraerkrankungen aufgetreten waren. Man verwandte vorzüglich Eisenvitriol, um die Exkremente nach der Pettenkofer'schen Lehre in sauerer Aktion zu halten. Zur Desinfektion der Wäsche und Möbel wurde die Behandlung mit Zinkvitriol durchgeführt. Hierbei kam es zu einem ergötzlichen Streit mit der Regierung, welche den Gebrauch des Zinkvitriols verbot, da an der Wäsche leicht Zinkoxyd zurückbleiben könnte, was bei späterer Verwendung der Wäsche dem menschlichen Organismus schaden möchte. Trotz aller Berufungen Lents auf die damaligen wissenschaftlichen Kapazitäten, unter anderm auf Pettenkofer und Husemann verblieb die Regierung und der als Beschwerdeinstanz angerufene Minister von Mühler bei ihrer Entscheidung, der sich nunmehr die Kommission fügen musste. Charakteristisch für die damalige Zeit ist die Tatsache, dass das Komitee einen guten Teil der 2070 Taler, die es für die Heildiener und die Desinfektion verausgabt hatte, aus privaten Mitteln zusammenholen musste.

Wenn ich noch erwähne, dass das Komitee sich mit der Trichinenfrage, mit der Untersuchung von Wohnungen Unbemittelter, mit den von Stärkefabriken, Knochenlagern aus Pferdeschlächtereien ausgehenden Störungen, mit Milchfälschungen, mit der Notwendigkeit der Anlage von Badeanstalten beschäftigte, so wird man zugeben müssen, dass es schon damals wesentliche Gebieten der öffentlichen Hygiene in den Bereich seiner Arbeiten hineingezogen hatte. Der Träger dieser ganzen Betreibungen und Arbeiten in unserer Stadt war damals Lent und er ist es geblieben bis auf den heutigen Tag. Freilich hat er in späteren Jahren nicht mehr soviel zur Feder gegriffen, um in grossen Aufsätzen seine Ansichten zu vertreten. Aber praktisch gearbeitet hat er mit einem Erfolge, wie kaum ein zweiter. Wie anders präsentiert sich doch heute in unserer Stadt die Hygiene, als vor 45 Jahren, da Lent seine Arbeit für das öffentliche Wohl begann. Wohl haben wir noch enge Strassen aus alter Zeit. Aber für Sauberkeit und Reinhaltung unserer Strassen geschieht alles, was der Hygieniker verlangen kann. Über 550 Menschen und über 100 Pferde sind Tag für Tag mit den Reinhaltungsarbeiten unserer Strassen und Plätze, welche die Stadt über $1^1/_2$ Millionen jährlich kosten, beschäftigt. Müll und Hausabfälle werden von Gemeindewegen durch unseren Fuhrpark abgefahren, und z. Zt. wird die Frage der Einrichtung einer Müllverbrennungsanstalt ventiliert. Für die Beseitigung von Tierkadavern und tierischen Abfällen sorgt eine bestens eingerichtete Tierkörper-Vernichtungsanstalt.

Alle Gebäude sind zwangsweise an die Kanalisation angeschlossen, Wasserklosetts überall vorgeschrieben. In der Altstadt

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sind enge Strassen mit grossen Kosten erbreitert, ganze Häuserquartiere bedenklicher Art zur Sanierung übler Stadtteile abgerissen worden. An die Altstadt schliesst sich eine prächtige Neustadt mit breiten Strassen, grossen Plätzen und freundlichen Parkanlagen an. Durch natürliches Wachstum und grosszügige Eingemeindungen hat die Stadt Cöln, die noch im Jahre 1864 nur 117000 Einwohner zählte, es nunmehr zu einer Einwohnerzahl von über 510000 gebracht. Gerade im Augenblick steht die Stadt wiederum vor der grossen Aufgabe, ein grosses, durch die Entfestigung frei gewordenes Gelände ihrer Bevölkerung zu gesunden Wohnquartieren zu erschliessen.

Damals verfügte die Stadt zur Hospitalisierung ihrer Kranken nur über unser gutes altes Bürgerhospital, in welchem noch nicht 400 Kranke der Fürsorge von zwei Oberärzten und zwei Assistenzärzten anvertraut waren. Heute besitzen wir drei grosse stattliche Krankenhäuser, darunter die besonders sehenswerte Lindenburg, und neben diesen grossen Anstalten, in welchen alle Spezialitäten ihr guteingerichtetes Heim gefunden haben, noch eine Reihe kleinerer Krankenanstalten allgemeiner oder spezialistischer Art. Ingesamt verfügen wir über gut 2500 städtische Krankenbetten, an welchen 19 Oberärzte und 64 Assistenzärzte tätig sind. Der Ausgabeetat betrug damals für Hospitalwesen und verwandte Zwecke kaum 100000 Taler, jetzt über $3^1/_4$ Millionen Mark. Ich erwähne noch besonders unsere städtische Zahnklinik, unsere Walderholungsstätte und unsere Lungen-Volksheilstädte in Rosbach. Neben den städtischen Krankenanstalten sind prächtige Privatanstalten mit vorzüglicher Einrichtung entstanden, so dass insgesamt die in Cöln verfügbare Bettenzahl über 4500 beträgt. Der besonderen Initiative Lents verdanken das Wöchnerinnenheim, die Cölner Krippe und das Genesungsheim in Hoffnungstal ihre Entstehung.

Der Krankenstransport, der in damaliger Zeit in recht primitiver Art durch Tragbahren und später durch Fahrbahren geschah, ist völlig modernisiert. Drei Krankenautomobile und drei bespannte Wagen, alle auf das Beste und Hygienischste eingerichtet, stehen auf telephonischen Anruf zum Transport der Kranken bereit.

Auf dem Gebiete der sozialen Hygiene erwähne ich unsere Fürsorge für zahnkranke Kinder. Nicht weniger als 8000 zahnkranke Kinder sind im Laufe des Jahres 1909 dort behandelt worden. Unsere Lungenfürsorge arbeitet mit sechs im Hauptamte tätigen Fürsorgeschwestern und hat bei einem Sonderetat von etwa 80000 Mark z. Zt. über 1000 Familien zu überwachen. 13 Säuglingsfürsorgestellen mit 30 ehrenamtlich tätigen Damen und sieben besoldeten Waisenpflegerinnen arbeiten an dem hohen Ziele, die Säuglingssterblichkeit herabzudrücken und insbesondere den be-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

drohten unehelichen Kindern den notwendigen Schutz zu geben. Eine Säuglingsmilchanstalt, welche der Stadt einen jährlichen Zuschuss von mehr als 25000 M. kostet, will den Kindern, die der Brustnahrung entbehren müssen, einwandfreie künstliche Nahrung zur Verfügung stellen. 36 Schulärzte betreiben im Dienste von fast 70000 Schulkindern die Förderung der Schulgesundheitspflege. Eine Reihe von Schulbauten lässt in Bezug auf die Gesamtanlage und die innere Einrichtung kaum etwas zu wünschen übrig, was die Hygiene fordern könnte. Schulbäder sind in reichem Masse angelegt. Für das Wohl schwacher Kinder sorgen Stadt und Private durch zahlreiche Entsendung in Kurorte und Landaufenthalt.

Wenn damals etwa 100 Ärzte, darunter vier Wundärzte ihre Tätigkeit in Cöln ausübten, so ist diese Zahl nunmehr auf über 400 Ärzte und 30 Zahnärzte gestiegen.

Einen besonderen Dank ist auch unser Bäderwesen der Arbeit Lents schuldig. Das Hohenstaufenbad wurde wesentlich auf Lents Betreiben hin im Jahre 1885 errichtet. Heute besitzen wir ausser den Rheinbadeanstalten zwei grosse und zwei kleinere Bäder, zwei weitere stattliche Bäder sind in Arbeit und für das fünfte neue grosse Bad sind die Vorarbeiten aufgenommen.

In diesen paar Strichen wurde nur das wesentlichste Bild der modernen hygienischen Fortschritte geschildert, ein nicht unwesentlicher Teil bleibt noch unerwähnt.

Das Hauptverdienst Lents bleibt es aber, dass er schon frühzeitig mit den Ärzten auch die Techniker und Verwaltungsbeamten für die öffentliche Gesundheitspflege interessiert hat, und dass es ihm so gelungen ist, die Hygiene als wichtigen Zweig in die Gemeindeverwaltung einzuführen. Die Verdienste dieses Mannes, der stets im Vordergrunde der ärztlichen Organisation und der öffentlichen Gesundheitspflege gearbeitet hat, beschränken sich nicht nur auf seine Heimatstadt Cöln, sie sind unserem ganzen Volke zugute gekommen. Wenn heute die Hygiene, nachdem sie in der Wasser- und Abwässerfrage ihre grössten Erfolge erzielt hat, nachdem sie mit Hilfe der Bakteriologie die meisten gefährlichen Seuchen hat erkennen und bekämpfen gelehrt, mehr und mehr überschwenken will zu denjenigen Arbeitsgebieten, die man unter dem Begriff der sozialen Hygiene zusammenzufassen pflegt, so liegt auch diese Arbeit dem Hygieniker Lent nicht fern. Denn schon in seiner Rede zum Silberjubiläum seines Niederrheinischen Vereins sagte er im Jahre 1895: „Ein Paradies von Gesundheit und Wohlleben haben wir nicht geschaffen, das wird auch das nächste Jahrhundert nicht bringen, aber wir haben an der grössten Frage des dem Ende zueilenden Jahrhunderts mitgearbeitet, an der sozialen Frage: denn zu dieser gehört die Gesundheitspflege in hervorragender Weise.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Sie begründet Gesundheit und Arbeitskraft, Besserung der materiellen und geistigen Lage aller, besonders der ärmeren Volksklassen.“ Ist die hygienische Arbeit heute auch nicht mehr so interessant und so sinnfällig wirksam wie damals in der Frühlingszeit der Hygiene, so lohnt doch auch heute noch treue Arbeit des Arztes und Volksfreundes im Dienste der Volkswohlfahrt mit reichem Erfolge.

Mögen die alten Ärzte und an ihrer Spitze Lent mit ihrer reichen Erfahrung uns noch lange zur Seite stehen.

Generated on 2019-12-14 17:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA

Bericht

über die 35. Versammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege in Elberfeld vom 13. bis 16. September 1910.

Von

Prof. Dr. Pröbsting in Cöln.

Die Stadt Elberfeld feierte im Jahre 1910 die 300. Wiederkehr des Tages ihrer Erhebung zur Stadt. Aus diesem Anlass hatte die Stadt die wiederholte Einladung an den Deutschen Verein für öffentliche Gesundheitspflege erneuert, und der Verein hatte diese Einladung gern angenommen.

Die recht gut besuchte Versammlung — 357 Vereinsmitglieder waren erschienen — wurde am 14. September durch den Vorsitzenden, Oberbürgermeister Dr. von Borscht (München), durch eine Ansprache eröffnet. Namens der Königlichen Regierung begrüsste Geheimrat Dr. Bornträger, namens der Stadt Oberbürgermeister Funk den Verein.

Dann erstattete der ständige Sekretär Prof. Dr. Pröbsting den Rechenschaftsbericht, demzufolge die Mitgliederzahl am Ende des Jahres 1645 betrug. Von diesen sind im Laufe des Jahres 165 ausgeschieden, davon 22 durch Tod.

Der Vorsitzende gedachte der Verstorbenen, deren Andenken die Versammlung durch Erheben von den Sitzen ehrte.

Dann nahm zum ersten Thema: „Die Errichtung einfacher Krankenanstalten für Leicht- und Chronisch-Kranke“ der Referent Prof. Dr. J. Grober (Essen) das Wort.

Die von Staat und Gemeinden alljährlich aufzubringenden Kosten für die Errichtung neuer Krankenanstalten sind ganz ausserordentlich gross und steigen immer mehr. Vor kaum 20 Jahren betrug der Bettpreis für das damals vorbildliche Nürnberger Krankenhaus 4000 M., heute bestehen Krankenhäuser, die mehr wie das Doppelte aufgewendet haben. Da ist es wohl angebracht, auf Mittel und Wege zu sinnen, wie diese Lasten verringert werden können.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Es ist zweifellos, dass ein grosser Teil der Kranken, die jetzt unsere Krankenhäuser bevölkern, die kostspieligen Einrichtungen der modernen Krankenanstalten nicht benötigen, dass ihre Behandlung und Verpflegung ebensogut in anderen, einfacheren Anstalten erfolgen kann. Das sind besonders die Leicht- und Chronisch-Kranken, für welche solche einfachere Krankenhäusern errichtet werden können. Neben dem Wunsch, die Kosten zu verringern, gibt es noch andere Gründe, welche für die Errichtung solcher Anstalten sprechen. Zunächst nehmen die angegebenen Kategorien von Kranken die Zeit und die Kraft der Ärzte allzusehr in Anspruch. Dann wird durch ihre grössere Beweglichkeit die Infektionsgefahr in den heutigen Anstalten gesteigert. Endlich stört die Lebhaftigkeit und Lebensfreude der Leichtkranken vielfach das Wohlbefinden der Schwerkranken. Die wirtschaftlichen Gründe, die für die Errichtung solcher Anstalten sprechen, beziehen sich besonders auf den Betrieb. Die Kranken lassen sich viel gleichmässiger ernähren, der Wäschewechsel ist geringer, die Lebensmittel sind, da die Anstalten zumeist auf dem Lande liegen, billiger zu beschaffen und lassen sich oft in eigener Regie erzeugen.

Der Gedanke der Errichtung von einfachen Krankenhäusern für Leicht- und Chronisch-Kranke ist nicht neu; schon seit langer Zeit bestehen solche Anstalten in den verschiedensten Ländern, und auch in der neuesten Zeit sind diese Anstalten vielfach erbaut worden. Das sind aber immer nur einzelne Versuche geblieben, eine gleichmässige Ausdehnung auf alle allgemeinen Krankenanstalten haben sie nicht gefunden.

Welche Klassen von Kranken eignen sich nur für die geplanten Anstalten? In die Abteilung für Leichtkranke gehören hinein alle diejenigen, die in der Genesung begriffen sind; ferner diejenigen Kranken, die ausser einer gewissen Schonungsdauer und leicht anzuwendenden ärztlichen Massnahmen keine besonderen medizinischen Bedürfnisse haben. Was die Chronisch-Kranken anlangt, so gehören zunächst alle diejenigen Kranken hinein, bei denen eine Heilung nicht mehr möglich ist und eine Besserung nur vorübergehender Natur sein kann. Dann alle Invaliden und Nervenkranken mit Ausschluss der Geisteskranken.

Die Anstalten können entweder räumlich mit dem allgemeinen Krankenhause verbunden werden, oder man legt sie aufs Land; das letztere dürfte das bessere sein. Für den Bau und für die Einrichtung wird man sich auf das Notwendige und gleichzeitig Einfache beschränken können.

Von Gebäuden wäre ein besonderes Behandlungshaus mit Bädern, ein Verwaltungsgebäude und vielleicht auch ein Festhaus notwendig. Ein Laboratorium und ein Sektionsraum dürfen nicht fehlen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Das Verwaltungs- und Wirtschaftspersonal wird sich der Zahl nach nicht wesentlich von den allgemeinen Krankenanstalten unterscheiden. Die Zahl der Ärzte kann dagegen wesentlich eingeschränkt werden, für 100 Kranke wird ein Assistenzarzt genügen, auch die Zahl der Schwestern wird erheblich geringer sein können.

Die Patienten werden soweit wie irgendwie möglich zu nützlichen Arbeiten angehalten werden müssen, in erster Linie sollen die Erfordernisse der Anstalt selbst befriedigt werden.

Die Verbindung mit einer allgemeinen Krankenanstalt ist notwendig, die gesamte Leitung muss einem Arzte unterstehen; denn die hygienischen und ärztlichen Aufgaben der Anstalten für Leicht- und Chronisch-Kranke müssen durchaus an erster Stelle stehen.

Zur Errichtung solcher Anstalten sind die Gemeinden nur dann in der Lage, wenn sie eine bestimmte Grösse besitzen; für mehrere kleinen Gemeinden wird es sich daher empfehlen einen Zweckverband zu gründen. Die Kosten solcher Anstalten werden sich erheblich geringer stellen als die allgemeiner Krankenanstalten. Das Bett wird höchstens 3—4000 M. kosten gegenüber 8—10000 M. in allgemeinen Krankenanstalten. Auch die Verpflegungs- und Betriebskosten dürften sehr viel niedriger wie die der allgemeinen Krankenhäuser sein. Wegen der durchgehenden Gleichmässigkeit der Kranken wird auch die Verpflegung gleichmässig sein können, Extradiäten werden fortfallen können.

Die Anstalten für Leicht- und Chronisch-Kranke stellen Entwicklungsmöglichkeiten dar; zurzeit gibt es solche Anstalten noch nicht. Aber sie entsprechen einem Bedürfnis und werden daher entstehen.

In der anschliessenden Diskussion nahm zunächst der Direktor der Kgl. Charité, Geheimrat Pütter (Berlin), das Wort. Die Kosten für Krankenhausbauten sind ganz enorm gewachsen und werden voraussichtlich weiterwachsen. Dabei ist der Drang der Bevölkerung, ins Krankenhaus zu gehen, erheblich gestiegen. Auch die Verpflegungskosten nehmen ständig zu; sie betragen durchschnittlich 4 M. pro Tag. Die Naturalverpflegung kostet 0.90 bis 1.30 M., die Verwaltungskosten 1.80 bis 2.50 M. pro Tag. Am billigsten arbeiten Krankenhäuser mit einer Belegung von 100 bis 150 Betten. Dass aber einfache Krankenhäuser viel billiger herzustellen und zu betreiben sind, zeigt der Pavillon, den Dr. Dosquet in Nordend-Berlin jetzt neuerrichtet hat. Hier kostet das Bett etwa 2000 M. und die Verpflegungskosten 2.50 M. bis 3 M.

Gelingt es uns also, billigere Krankenhäuser zu bauen, dann brauchen wir keine besonderen Anstalten für Leicht- und Chronisch-Kranke.

Stadtrat Sanitätsrat Dr. Rabnow (Schöneberg) erklärte sich

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

im Grundgedanken mit den Ausführungen des Referenten einverstanden. Die Krankenhauskosten sind ganz enorm; in Schöneberg beträgt der Zuschuss der Stadt zu den Verpflegungskosten eines Kranken 3. Klasse rund 6 M. täglich. Eine Verbilligung ist daher dringend notwendig. Aber auch hinsichtlich der Technik der Behandlung und Pflege ist eine Entlastung durchaus nötig. Aber die Einteilung: Leichtkranke und Chronischkranke erregt manches Bedenken; denn diese beiden Begriffe sind ärztlich keineswegs klar und eindeutig. So liegt die Gefahr nahe, dass die neuen Anstalten nicht für die bezeichneten Kategorien von Kranken benutzt werden.

Geheimer Medizinalrat Dr. Bornträger (Düsseldorf) möchte die Forderungen an die allgemeinen Krankenanstalten nicht herunter-setzen; sie werden in den kleinen Krankenanstalten jetzt schon zumeist nicht erfüllt. Auch die Forderungen der Humanität dürfen nicht geringer werden. Grade die Chronischkranken fordern doch am meisten unser Mitleid; sie sind die Ärmsten unter den Armen. Statt besonderer Anstalten würde es sich eher empfehlen, einfache Häuser oder Baracken an grössere Krankenanstalten anzuschliessen.

Beigeordneter Dr. Krautwig (Köln). Nach den Erfahrungen in Köln werden die Genesungsheime in Bau und Betrieb nicht wesentlich billiger kommen als gute und nicht übertriebene Krankenanstalten. Die Grösse des Geländes wird viel erheblicher sein müssen wie bei Krankenhäusern, die Beköstigung wird, besonders bei Genesenden, eine bessere und reichlichere und die Krankensäle werden der Wohnlichkeit und Disziplin wegen kleiner sein müssen. An ärztlichen Räumen wird man sparen können, auch wird der Betrieb zweifellos billiger sein.

Dirigierender Arzt des Elisabeth-Kinderheims Dr. P. Croner (Berlin) machte darauf aufmerksam, dass für die kranken Kinder noch viel zu wenig geschehe; das gelte ganz besonders für die Kinder vom ersten bis fünften Jahre. Die gewöhnlichen Krankenhäuser und Kinderheilstätten genügen hierfür nicht. Luft, Sonne, Wald, das sind die Faktoren, die für die Heilung kranker Kinder unerlässlich sind. Die Anstalten müssen daher ausserhalb der Stadt liegen, müssen gut heizbar und mit Isolierräumen versehen sein. Bei einer genügenden Anzahl von Kindern kann sich der Selbstkostenpreis auf 2 M. ermässigen.

Sanitätsrat Dr. Kleinschmidt (Elberfeld) glaubte, dass die gemachten Vorschläge nicht durchführbar sind. Viele Gemeinden haben schon ähnliche Anstalten, Erholungsheime für die Leichtkranken und Pflegeheime für die Chronischkranken. Aber es sind nur wenige Chronischkranke, die man einem Pflegeheim überweisen kann. Ob sich die vorgeschlagenen Anstalten für Krankenpflegeschulen eignen, möge er bezweifeln, da das wichtigste Lehr- und

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Lernmaterial die Infektionskrankheiten und die akuten Erkrankungen fehlen.

Bürgermeister Held (Zabrze) fragte an, ob es statthaft sei, ein Siechenhaus, das man bisher als Krankenhaus mitbenutzt habe, grade zu dem hier vorgeschlagenen Zweck mit zu verwenden.

Stadtrat Dr. Gottstein (Charlottenburg) hat schon im Jahre 1905 die Frage bearbeitet; seine Vorschläge decken sich im wesentlichen mit den Ausführungen des Referenten. Tuberkulöse dritten Grades sind auszuschliessen, für diese passen die vorgeschlagenen Anstalten nicht. Die Zahlen beweisen, dass diese Kranken nach der Invalidisierung etwa noch 1000 Tage leben und für diese Zeit soll man ihnen ein möglichst wohnliches Heim bieten.

Regierungs- und Geheimer Medizinalrat Dr. Roth (Potsdam) möchte in erster Linie solche Kranke in die Anstalten aufnehmen, die nicht bettlägerig sind. Für solche Anstalten — Genesungsheime — sind nämlich Milderungen der bestehenden Vorschriften zuzulassen. So können z. B. Mittelkorridore gestattet werden.

Beigeordneter Stadtbaurat Schoenfelder (Elberfeld) ist mit dem Referenten der Ansicht, dass bei den vorgeschlagenen Anstalten wesentliche Ersparnisse zu erzielen sind. Elberfeld hat eine ähnliche Anstalt gebaut und das Bett hat nur 3—4000 M. gekostet.

Geheimer Obermedizinalrat Dr. Abel (Berlin) hat den Eindruck, dass manche Krankenhäuser mit übertriebenem Luxus gebaut und ausgestattet werden. Da ist es sicher wohl berechtigt, wieder zu einfacheren Verhältnissen zurückzukehren, und die an die Errichtung von Krankenhäusern gestellten Forderungen werden augenblicklich eine Revision im Sinne einer Abschwächung unterzogen.

In einem längeren Schlusswort begründete Referent nochmals seine Ansichten und suchte die erhobenen Einwände zu widerlegen.

Den Ausführungen lagen folgende Leitsätze zugrunde:

1. Die natürlicherweise gestiegenen Kosten der Errichtung und des Betriebes von allgemeinen Krankenanstalten und ihre mögliche weitere Steigerung weisen auf die Notwendigkeit hin, dieselben von denjenigen Kranken zu entlasten, die die kostspieligen Einrichtungen derselben nicht nötig haben. Dies sind vorwiegend Leichtkranke bestimmter Art, namentlich Genesende, und Chronischkranke, Sieche, für die besonders einfachere Anstalten errichtet werden können.
2. Neben vielen Gründen für die Errichtung solcher Anstalten sprechen eine Reihe gewichtiger Gründe dagegen: die schwierige Leitung grösserer Mengen halbgesunder und lange kranker Individuen, die Gefahr der psychischen Übertragung von Krankheitssymptomen bei nervösen Menschen, die mögliche Verlängerung des Krankenhausaufenthaltes durch die Aufnahme in

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zwei Anstalten, die sozial vielfach traurigen Zustände der Siechenanstalten.

3. Die bisher bestehenden Anstalten dieser Art, die in verschiedenen Ländern sehr verschieden sind, genügen namentlich deshalb den an sie zu stellenden Ansprüchen nicht, weil sie sich zum Teil in nicht mehr hygienisch einwandfreiem Zustande befinden; ausserdem wird ihre zweckmässige Benutzung dadurch erschwert, dass sie sich in verschiedenen Händen befinden. Einheitlichkeit der Oberleitung des gesamten Krankenhauswesens der Kommune oder einer staatlichen Einheit durch einen hierzu geeigneten Arzt ist dringend wünschenswert.
4. Bei der Errichtung einfacher Krankenanstalten für Leicht- und Chronisch-Kranke ist es Aufgabe des Arztes, anzugeben, welche Einrichtungen und hygienischen Vorschriften für diese Kranken notwendig, welche entbehrlich sind. Danach werden Architekt und Verwaltung sich richten.
5. Die Frage, ob derartige Anstalten sich räumlich an vorhandene oder zu erbauende Krankenanstalten anschliessen, oder ob sie entfernt von denselben und ausserhalb der Grossstädte auf dem Lande errichtet werden sollen, muss nach örtlichen Verhältnissen entschieden werden. Bei grösserem Bettenbedarf ist das letztere Verfahren vorzuziehen; dazu schliessen sich vorteilhaft mehrere — besonders kleinere — Kommunen genossenschaftlich zusammen.
6. Die notwendigen Bauten sollen einfach, dauerhaft, geeignet zu dauernder Sauberhaltung, hergestellt werden, bei den Häusern für Leichtkranke mehr als Wohnbauten, bei denen für Chronischkranke als Pflegehaus. Mehrstöckige Kastenbauten im Sinne des modernen Korridorsystems sind durchaus zulässig. Von den in allgemeinen Krankenanstalten notwendigen Räumen sind eine ganze Reihe hier entbehrlich. Zentralisation der Behandlung für alle Kranken der ganzen Anstalt in besonderen ärztlichen Räumen ist vorteilhaft. Nur für Chronischtuberkulöse müssen in einem besonderen Hause Desinfektionseinrichtungen einfacher Art geschaffen werden.
7. Besondere wissenschaftliche Einrichtungen neben den Behandlungsräumen sind entbehrlich. Dringend empfehlenswert ist die sorgfältige pathologisch-anatomische Untersuchung der Verstorbenen durch eine besondere Prosektur, die jedoch gegebenenfalls mit derjenigen der zugehörigen allgemeinen Krankenanstalten verbunden werden kann.
8. Voraussetzung für die Vereinfachung des ärztlichen Dienstes in diesen Anstalten für Leicht- und Chronisch-Kranke ist, dass alle dort Aufgenommenen die allgemeinen Krankenanstalten

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:40 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

als Durchgangs- resp. Untersuchungsstation passiert haben. Die Verbindung beider Anstalten kann nicht eng genug gestaltet werden. Am zweckmässigsten ist der Leiter der allgemeinen Krankenanstalten, der, wenn irgend möglich, Arzt sein soll, gleichzeitig Leiter der Anstalten für Leicht- und Chronischkranke, so dass Behandlungsart, Dauer des Aufenthaltes, Kontrolle des Personals und Disziplinierung des Betriebes gleichmässig in einem Sinne erfolgen kann. Es bedarf dazu einer vorgebildeten und besonders geeigneten ärztlichen Persönlichkeit.

9. Der enge Zusammenhang zwischen beiden Anstalten ist auch wirtschaftlich bei der Beschaffung der Materialien, Nahrungsmittel usw. von grossem Vorteil. Es ist anzustreben, dass sowohl Leicht- wie Chronischkranke zu Arbeiten für die Anstalten angehalten werden.
10. Die Kosten der Anstalten für Leicht- und Chronisch-Kranke werden unter der Voraussetzung der Vermeidung jedes Luxus erheblich geringer sein, als die heute für die allgemeinen Krankenanstalten anzusetzenden. Man wird je nach dem Bodenwert mit einem Bettpreis von 3 bis höchstens 4000 M. nebst Einrichtung zu rechnen haben. Die Betriebskosten werden ebenfalls erheblich sinken.
11. Die Errichtung von einfachen Anstalten für Leicht- und Chronisch-Kranke wird die Erstellung und Beibehaltung der allgemeinen Krankenanstalten nicht überflüssig machen; aber sie wird ihnen diejenigen Kranken, die ihrer kostspieligen Einrichtungen nicht bedürfen, entziehen, so dass eine langdauernde Entlastung der allgemeinen Krankenanstalten zu erwarten ist. Unter der Voraussetzung, dass die letzteren die modernen Anforderungen der Wissenschaft und Hygiene erfüllen, werden somit Kosten für Neubauten und Betrieb erheblich vermindert werden können.

Das zweite Referat: Die „hygienische Verbesserung alter Stadtteile“ erstattete Stadtbaurat Voss (Elberfeld).

Was muss erstrebt werden, und was müssen die deutschen Städte tun, um die vielerorts so notwendige gesundheitliche Verbesserung von Altstadtteilen besser in Fluss zu bringen? Diese Frage sucht Referent an der Hand zahlreicher Pläne zu beantworten.

Die grosse Aufmerksamkeit, die in den letzten Jahrzehnten den neuen Stadtteilen zugewendet wurde, habe die grossen Mängel der Altstadtteile so recht vor die Augen gestellt. Der wachsende Verkehr der Neuzeit machte die Enge der Altstadt unerträglich, Mangel an Licht und Luft, sonstige schlechte hygienische Verhält-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nisse forderten gebieterisch eine Änderung. Aber der einzelne kann nicht helfen, hier muss die Gesamtheit, die Stadtgemeinde, eingreifen.

Zunächst sind neue Fluchtlinien für solche Strassen festzusetzen, die für den Verkehr zu schmal sind. Zur Durchführung der Verbreiterung sind die Flächen zwischen den alten Grundstückgrenzen und den neuen Fluchtlinien zu erwerben. Das ist aber zumeist mit grossen Schwierigkeiten verknüpft, weil die alten Gebäude nicht einfach durchgeschnitten werden können. Manche Restgrundstücke werden auch nicht mehr bebauungsfähig sein und müssen von der Gemeinde miterworben werden.

Vielfach werden aber auch die Grundstücke zu Spekulationszwecken benutzt und grosse Summen dafür gefordert. Wollen die Gemeinden diese Summen nicht bezahlen, so soll ihnen das Enteignungsrecht helfen, das aber leider in fast allen deutschen Staaten sehr unzulänglich ist; denn es erstreckt sich nur auf diejenigen Flächen, die in die zukünftige Strasse fallen, die Restgrundstücke können nur auf Verlangen der Eigentümer miterworben werden. Es fehlen noch die gesetzlichen Bestimmungen, wonach die Enteignung auf die ganzen angeschnittenen Grundstücke und auch noch soweit darüber hinaus ausgedehnt werden können, dass sich gut bebaubare neue Grundstücke an der Strasse ergeben. Das ist das Recht der sogenannten Zonenenteignung. Dazu muss noch das Recht kommen, unbrauchbare Restgrundstücke zwangsweise an benachbarte Eigentümer gegen Erstattung der Erwerbskosten zu übertragen. Auch die Bewertung und Abschätzung der Gebäude und Grundstücke durch am Ort wohnende Sachverständige ist reformbedürftig, denn die Entschädigungssummen sind zumeist zu hoch. Hier muss Wandel geschaffen werden, es müssen Grundsätze aufgestellt werden, nach denen die Bewertung der bebauten Grundstücke zu geschehen hat.

Das Ausland zeigt uns, was durch das Recht der Zonenenteignung erreicht werden kann, so Belgien, Italien, Ungarn, die Schweiz, wo auf Grund der Zonenenteignung weitgehende Verbesserungen von Altstadtteilen ausgeführt worden sind.

In Österreich und in Deutschland sind leider die Gemeinden darauf angewiesen, die nötigen Grundstücke freihändig oder unter Anwendung ungenügender Enteignungsberechtigungen zu erwerben. So entstehen entweder sehr grosse Kosten oder die notwendigen Massnahmen unterbleiben ganz, sehr zum Schaden der Allgemeinheit. Es sind ja zuweilen für einzelne Städte gesetzliche Bestimmungen für die Zonenenteignung erlassen worden, aber diese waren natürlich nur auf den besonderen Fall zugeschnitten.

Die schon so oft gestellte Forderung, das Enteignungsrecht der Gemeinden auszudehnen, ist daher durchaus berechtigt.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die hygienische Verbesserung alter Stadtteile wird aber nicht allein durch eine Erweiterung der gesetzlichen Bestimmungen erleichert, auch die finanzielle Seite dieser Frage ist von hervorragender Bedeutung. Es handelt sich fast immer um sehr erhebliche Summen, die aufgebracht werden müssen, und es fragt sich, ob die Allgemeinheit oder Privatunternehmer oder die Eigentümer selbst diese Summen aufbringen sollen.

In den grossen Städten werden es wohl fast immer die Gemeinden sein, welche sich dieser Aufgabe unterziehen müssen. In den mittleren und kleineren Städten werden aber auch andere Organe herangezogen werden können, um die Kosten und das Risiko zu tragen. Eine Umfrage bei über 100 deutschen Städten hat nun sehr interessante Resultate ergeben, über die Referent eingehend berichtet. In den vergangenen 20 bis 30 Jahren haben diese Städte Grundstücke in einer Gesamtgrösse von 1400000 qm erworben und dafür 200 Millionen Mark ausgegeben.

Zum Schlusse besprach der Redner dann noch eingehend die Durchführung der Sanierung von alten Stadtteilen, wie sie jüngst bei der hygienischen Verbesserung des Elberfelder alten Stadtteils Island angewandt wurde. Hier geschah es auf genossenschaftlichem Wege, und der Erfolg war so vorzüglich, dass die deutschen Städte, namentlich manche mittleren Grossstädte, in der Beschreitung dieses Weges auf dem Gebiete der hygienischen Verbesserung alter Stadtteile Erfolge erzielen und die an vielen Orten so dringend notwendigen Massnahmen besser in Fluss bringen können.

In der Debatte wies Geheimer Oberbaurat Stübben (Berlin) darauf hin, dass mit den hygienischen Verbesserungen von alten Stadtteilen die Gefahr bestände, die Reize dieser Stadtteile zu vernichten. Ein Beispiel hierfür biete Florenz. In sehr vielen Fällen sei es sehr wohl möglich, Hygiene und Ästhetik in Einklang zu bringen.

Geheimrat Pütter (Berlin) möchte durch Polizeiverordnungen das Bewohnen von tiefliegenden Kellern verhindern. In Berlin existieren noch viele Kellerwohnungen, die 1,50 m unterm Terrain liegen und nicht nur an der Strasse, sondern auch an Höfen.

Der Referent hatte folgende Leitsätze aufgestellt:

1. Die Beweggründe zur Verbesserung alter Stadtteile sind zweierlei, erstens die Ersetzung alter ungesunder Wohnungen durch neue hygienisch einwandfreie und zweitens die Herstellung genügend breiter Strassen an Stelle schmaler Wege und Gassen. Diese beiden Beweggründe fallen meistens zusammen.
2. Für die Durchführung solcher Altstadtverbesserungen muss die Enteignungsbefugnis der Stadtgemeinden zum Zweck des Erwerbes der erforderlichen Grundstücke zu angemessenen Preisen wesentlich ausgedehnt werden.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

3. Weiter sind Mittel und Wege zu suchen, um die richtigen Schultern zu treffen, welche die durch die Verbesserung entstehenden Kosten zu tragen haben. Die Allgemeinheit ist möglichst zu entlasten.
4. Winke für die hierfür einzuschlagenden Wege ergeben sich aus einem Überblick über eine Reihe von ausgeführten und projektierten Stadtverbesserungen im Deutschen Reiche.
5. Besonders beachtenswert ist die finanzielle Durchführung der hygienischen Verbesserung des Elberfelder alten Stadtteils Island. Bei dem hierbei eingeschlagenen Verfahren wird unter genau festzulegender städtischer Beihilfe das Privatinteresse der Grundstückseigentümer herangezogen. Ungerechtfertigte Bereicherungen durch zu hohe Entschädigungen sind ausgeschlossen.

Über das erste Thema des zweiten Tages: „Die Überwachung des Nahrungsmittelverkehrs“ referierte Geheimer Medizinalrat Dr. Abel (Berlin). Die Nahrungsmittelaufsicht soll in erster Linie dem Schutz der Gesundheit dienen. Alle verfälschten und verdorbenen Nahrungsmittel sollen vom Verkehr ausgeschlossen werden. Dann soll die Nahrungsmittelaufsicht das Volk vor wirtschaftlichen Schäden bewahren. Es ist natürlich nicht möglich alle minderwertigen Waren vom Markt zu entfernen; zu fordern ist aber, dass diese minderwertigen Waren Benennungen und Kennzeichnungen erhalten, welche die Minderwertigkeit unzweideutig erkennbar machen.

Die Nahrungsmittelkontrolle ist schon recht alt, wir finden sie bereits bei den alten Kulturvölkern; in Athen waren hierfür besondere Beamten angestellt, in Rom hatten die Ädilen und Praefecti annonae den Lebensmittelverkehr zu beaufsichtigen. Seit dem 13. Jahrhundert war in Deutschland, Frankreich und England eine besondere Marktpolizei tätig. Nachdem im Laufe des 19. Jahrhunderts zahlreiche Vorschriften über die Ausübung der Nahrungsmittelkontrolle in verschiedenen deutschen Staaten erlassen waren, regelte das im Jahre 1879 erlassene Nahrungsmittelgesetz schliesslich die Befugnisse der Polizeibehörden gegenüber dem Nahrungsmittelverkehr für das Deutsche Reich. Das Gesetz ist im wesentlichen dem englischen Nahrungsmittelgesetze nachgebildet und erlaubt zunächst den Beamten der Polizei, in die Verkaufsräume von Nahrungs- und Genussmitteln einzutreten und Proben für Untersuchungen zu entnehmen. Später sind dann noch zahlreiche Sondergesetze hinzugekommen. Eine geregelte Nahrungsmittelüberwachung wurde aber sehr langsam in den einzelnen Bundesstaaten eingeführt, in Preussen sogar erst in den letzten Jahren.

Zweifellos ist durch das Gesetz eine wesentliche Besserung

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

herbeigeführt, aber aufgehört haben die Verfälschungen durchaus nicht, sie sind nur feiner, weniger leicht aufspürbar geworden.

Die Verhältnisse der Nahrungsmittelversorgung haben sich in Deutschland im Laufe der letzten 50 Jahre von Grund auf verändert. Die Gewinnung der Nahrungsmittel in eigener Wirtschaft hat aufgehört, dafür hat die Nahrungsmittelindustrie die Versorgung mit Nahrungsmitteln aller Art übernommen. Neben vielen guten sind dadurch manche schlechte und verfälschte Waren auf den Markt gekommen, und eine strenge Kontrolle ist dringend erforderlich. Die vom Auslande eingeführten Lebensmittel sollten schon an der Grenze untersucht werden. Die Einfuhr von Lebensmittel nach Deutschland hat sich ganz gewaltig vermehrt, sie stellt im Jahre 1909 einen Wert von 2324 Millionen Mark dar. Butter wurde für 98, Käse für 26, Eier für 156, Fleisch, Fische, Geflügel, Talg und Schmalz für 280, Kaffee für 188, Wein für 42, Pfeffer für 5, Südfrüchte ohne Trauben für 35 Millionen Mark eingeführt. Nur für zwei Nahrungsmittel besteht eine Kontrolle an der Grenze: für Fleisch und Wein. Aber auch für andere Nahrungsmittel wäre sie nötig, z. B. für Butter aus anderen Ländern. Die Vereinigten Staaten, die Schweiz üben eine scharfe Grenzkontrolle aus.

Im Inlande muss überall eine regelmässige Beaufsichtigung des Nahrungsmittelverkehrs stattfinden, und die Kontrolle muss an der Stelle der Gewinnung und Herstellung beginnen und sich auf alle Aufbewahrungsräume erstrecken.

Die Nahrungsmittelgesetze anderer Länder, wie z. B. das Österreichs, das der Schweiz, haben auch diese Bestimmung.

Allen Forderungen der öffentlichen Gesundheitspflege ist damit freilich noch nicht Genüge getan. Was hilft alle Kontrolle, wenn der Händler nicht sachverständig ist? Besonders kommt hier der Handel mit Milch in Frage, und für diesen Handel ist die Konzessionspflicht für die Eröffnung des Betriebes zu fordern. Für die städtischen Milchhandlungen wird die Sache keine Schwierigkeit machen, wie das Beispiel von New York zeigt. Auch müsste es Mittel und Wege geben, Personen, die sich schwer oder öfter gegen die Nahrungsmittelgesetze vergangen haben, die Tätigkeit im Nahrungsmittelgewerbe zu verbieten.

Die Ausübung der Nahrungsmittelkontrolle ist Sache der Ortspolizeibehörde, die dabei von Sachverständigen unterstützt werden muss. Die Tätigkeit der Polizeibeamten allein genügt nicht, es sind ganz besonders geschulte Nahrungsmittelchemiker notwendig. Die Ausbildung dieser Chemiker ist durch Verordnungen geregelt, ihr Studiengang und ihre Prüfungen sind lang und schwierig, aber ihre soziale Stellung ist ihrem Ausbildungsgang noch nicht angemessen. Auch eine vertiefte praktische Ausbildung erscheint wünschenswert.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Für die Untersuchungen sind, wenn irgend möglich, öffentliche Nahrungsmitteluntersuchungsanstalten zu benutzen und nicht private Nahrungsmittelchemiker. In Deutschland sind auch jetzt ganz überwiegend öffentliche Untersuchungsanstalten für die polizeiliche Nahrungsmittelkontrolle tätig. Diesen Anstalten muss ein bestimmter Bezirk als Zuständigkeitsbezirk zugewiesen werden. Die Kosten werden hauptsächlich durch Untersuchungsgebühren und Strafgelder gedeckt, ein notwendiger Zuschuss ist zumeist nicht bedeutend. Arzt und Tierarzt werden recht häufig als Sachverständige in Frage kommen, auch die Zuziehung von gewerblichen und Handelssachverständigen mag unter Umständen erwünscht sein, doch ist sorgfältige Auswahl dabei nötig. Für die Beurteilung von Nahrungsmitteln ist lediglich das Interesse des Konsumenten massgebend. Keine Auffassung in Handelskreisen, kein alter oder eingebürgerter Handelsgebrauch darf vor der Strafverfolgung schützen. Leider herrscht in der Rechtsprechung über Nahrungsmittelangelegenheiten eine grosse Unsicherheit, weil die Richter zuviel auf Sachverständige hören und sich zu wenig als Konsumenten fühlen.

Um dieser Unsicherheit abzuhelfen, müssten die Ansprüche, die an die normale Beschaffenheit von Nahrungsmitteln zu stellen sind, in einer für die Gerichte bindenden Form festgesetzt werden. Minderwertige Nahrungsmittel sollten im Gesetz mit verfälschten auf eine Stufe gestellt werden.

Eine solche einheitliche Regelung würde auch viele Ortspolizeiverordnungen überflüssig machen. Auch internationale Vereinbarungen können von Nutzen sein, nur dürfen sie nicht dazu führen, dass Deutschland auf Forderungen verzichtet, die für unsere Volksgesundheit und Volksernährung nötig sind. Aber die Nahrungsmittelaufsicht soll nicht allein strafen, sie soll auch belehren und aufklären, nicht nur den Händler, sondern auch das Publikum. Die Unwissenheit auf diesem Gebiet ist sehr gross; ein gewisses Mass von Verständnis für die Bedürfnisse der Gesundheitspflege muss dem Publikum durch Belehrung beigebracht werden.

Die anschliessende sehr lebhafte Diskussion eröffnete Dr. Gerlach (Wiesbaden), der zunächst betonte, dass die Natur nicht nur erstklassige Nahrungsmittel hervorbringe, und weite Kreise unseres Volkes hätten auch nicht die Mittel, ausschliesslich Primaware zu kaufen. Die Forderung, dass für alle Nahrungsmittelbetriebe Anzeige bei der Behörde und Verpflichtung zur Auskunft notwendig sei, müsse abgelehnt werden; ebenso dass bei schweren Verstössen gegen die Nahrungsmittelgesetze die weitere Tätigkeit in Nahrungsmittelgewerbe verboten werden könne. Denn das Kriterium des schweren Verstosses fehlt. Besonders scharf wandte sich Redner gegen den Satz: „Die Anhörung von Sachverständigen aus Handels-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

kreisen kann in zweifelhaften Fällen zweckmässig werden, jedoch ist sorgfältigste Auswahl solcher Sachverständigen geboten.“ Diese Worte seien beleidigend oder selbstverständlich, dann aber für alle Sachverständigen.

Stadtverordneter Lulay (Schöneberg) forderte, dass die Kontrolle des Milchhandels schon im Kuhstall beginnen müsse.

Oberbürgermeister Fuss (Kiel) glaubte, dass die an der Grenze auszuübende Nahrungsmittelkontrolle nicht verschärft werden dürfe. Die Staaten sollten zu Vertragsschlüssen kommen, dass die Kontrolle an der Produktionsstätte im eigenen Lande nach gleichartigen Grundsätzen und von gleichartig ausgebildeten Sachverständigen ausgeübt werde.

Handelskammersyndikus Dr. Wiedemann (Elberfeld) war mit dem Referenten der Meinung, dass auf die Auswahl der Sachverständigen ein grosser Wert zu legen sei. Die Elberfelder Handelskammer habe daher eine Kommission gebildet, die sich zusammensetzt aus Interessenten des Nahrungsmittelgewerbes, aus Sachverständigen, endlich aus nicht beteiligten Mitgliedern der Handelskammer für die Interessen der Konsumenten. In zweifelhaften Fällen gebe diese Kommission vor Erstattung einer Anzeige ein Urteil ab.

Prof. Dr. Prausnitz (Graz) meinte, dass doch einen Unterschied zwischen minderwertigen und verdorbenen Nahrungsmitteln zu machen sei, minderwertige Nahrungsmittel dürften nicht den verdorbenen gleichgestellt werden. Das Wichtigste sei, dass jedes Lebensmittel genau deklariert werde, damit jeder Käufer wisse, was er einkaufe. Nicht nur schwere, sondern auch wiederholte Verstösse müssen zum Verbot der weiteren Tätigkeit im Nahrungsmittelhandel führen.

Bürgermeister Held (Zabrze) machte darauf aufmerksam, dass viel schärfer als ein Strafgesetz die Verwaltungsjustiz gewerbsmässige und boshafte Fälscher durch Entziehung des Gewerbes strafen könne.

Landrat zur Nieden (Vohwinkel) fragte, ob und in welcher Weise der Geheimkauf empfohlen werden könne. Auch er forderte, dass an Stelle der vielen Polizeiverordnungen Rechtssicherheit in Form von Bundesratsverordnungen zu schaffen sei. Ferner müssten die Untersuchungen soweit wie möglich vereinfacht werden, und zwar dadurch, dass der Nahrungsmittelchemiker die Frage der Gesundheitsschädlichkeit selbst entscheidet.

Polizeidirektor Dr. Gerland (Hildesheim) wies darauf hin, dass eine Gewerbeentziehung zuweilen recht schwierig, aber bei Schlächtern und Flaschenbierhändlern durchaus notwendig sei.

Prof. Dr. König (Münster i. W.) dankte dem Referenten für

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

das grosse Interesse, das er für die Nahrungsmittelchemiker und den Nahrungsmittelverkehr gezeigt habe.

Dozent Dr. Kaup (Charlottenburg) zeigte, dass der hohe Stand des Molkereiwesens in Schleswig und Dänemark durch eine gleichzeitige Hebung der hygienischen Verhältnisse an den Produktionsstätten erreicht wurde. Mit der Ausgestaltung des Genossenschaftswesens und einer vertieften Belehrung der Produzenten würden gesetzliche Massnahmen und Eingriffe immer weniger in Betracht kommen.

Prof. Dr. Reichenbach (Bonn) glaubte, dass man nicht so weit gehen dürfe, dem Nahrungsmittelchemiker auch die Beantwortung der Frage zuzusprechen, ob ein Nahrungsmittel gesundheitsschädlich sei. Die Nahrungsmittelchemiker seien z. B. durchaus noch nicht in der Lage ein Trinkwasser richtig zu beurteilen, und so würde es auch in anderen Dingen sein.

In seinem Schlusswort ging Referent auf die vorgebrachten Fragen und Vorschläge ein. An der Grenze soll nur eine Kontrolle des Handelsverkehrs stattfinden, der Privatmann soll nicht belästigt werden. Der Geheimkauf ist oft nicht zu umgehen, so misslich dieses Spionagesystem auch ist. Die Frage der Gesundheitsschädlichkeit eines Nahrungsmittels kann der Chemiker nicht entscheiden, ihm fehlt die volle Beherrschung des Gegenstandes. Die Integrität des Handelssachverständigen ist allgemein natürlich durchaus nicht in Zweifel zu ziehen, aber es dürfen nicht Personen als Sachverständige fungieren, die in derselben Sache bereits verurteilt sind. Bei allen Be- und Verurteilungen muss viel mehr wie bisher der Standpunkt des Konsumenten betont werden.

Die Leitsätze des Referenten lauteten:

1. Durch die wirtschaftliche Entwicklung der letzten Jahrzehnte hat auch die Lebensmittelversorgung im Deutschen Reiche wesentliche Umgestaltungen erfahren. Grosse Teile der Bevölkerung sind heute darauf angewiesen, ihren Bedarf an Lebensmitteln ausschliesslich dem Handel zu entnehmen; der Weltverkehr hat neue Nahrungsmittel und Rohstoffe für solche auf den Markt gebracht; die Industrie hat mancherlei früher unbekannte Formen der Zubereitung und Verarbeitung eingeführt. Dadurch ist die Beurteilung der Nahrungsmittel für den einzelnen vielfach erschwert und das Bedürfnis nach behördlicher Überwachung erhöht. Verhindert werden muss, dass durch Inverkehrbringen schädlicher, verfälschter oder minderwertiger Waren Gesundheitsgefährdungen, Beeinträchtigungen der Ernährung und wirtschaftliche Schädigungen der Verbraucher eintreten.
2. Untersuchung der vom Auslande eingeführten Lebensmittel

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:42 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

und deren Rohstoffe sollte möglichst allgemein an den Grenzen in Verbindung mit der Zollabfertigung erfolgen. Befreiung eingeführter Waren von der Grenzuntersuchung auf Grund ausländischer Zeugnisse darf nur eine besonders begründete Ausnahme darstellen.

Im Inlande muss überall regelmässige Beaufsichtigung des Nahrungsmittelverkehrs stattfinden. Die Kontrolle darf sich nicht auf die verkaufsfertigen Handelswaren beschränken, sondern hat sich auch auf die Herstellung, Bearbeitung, Zubereitung und Aufbewahrung der Lebensmittel zu beziehen.

3. Die Zulassung gewisser Nahrungsmittelbetriebe, wie z. B. von Molkereien und Milchhandlungen, ist von behördlicher Genehmigung abhängig zu machen; für die übrigen Betriebe ist wenigstens Anzeige bei der Behörde und Verpflichtung zur Auskunft über die Betriebsverhältnisse notwendig. Bei schweren Verstössen gegen die Nahrungsmittelgesetze sollte die weitere Tätigkeit im Nahrungsmittelgewerbe gerichtlich verboten werden können.
4. Die Beaufsichtigung der Nahrungsmittelbetriebe und die Entnahme von Proben zur Untersuchung ist durch beamtete Nahrungsmittelchemiker, die Untersuchung der Lebensmittel für Zwecke der amtlichen Kontrolle ausschliesslich in unabhängigen, aus öffentlichen Mitteln unterhaltenen Anstalten auszuführen. Die Ausbildung der Nahrungsmittelchemiker ist nach der praktischen Seite zu vertiefen, ihre soziale Stellung zu heben. Ärztliche Sachverständige sind zur Beurteilung der Gesundheitsschädlichkeit von Lebensmitteln heranzuziehen, tierärztliche bei der Kontrolle der aus dem Tierreich stammenden Nahrungsmittel zu beteiligen. Die Anhörung von Sachverständigen aus Handelskreisen kann in zweifelhaften Fällen zweckmässig werden, jedoch ist sorgfältigste Auswahl solcher Sachverständigen geboten. Nichtsachverständige Personen, wie z. B. Polizeibeamten, sollte die Probenahme und Vorprüfung von Nahrungsmitteln nur ausnahmsweise übertragen werden, und zwar nur dann, wenn sie eine besondere Schulung für diese Aufgaben erhalten haben und dauernd unter fachmännischer Aufsicht arbeiten.
5. Zur Sicherung einer erfolgreichen Lebensmittelaufsicht sind gesetzliche Bestimmungen zu schaffen, auf Grund deren der Bundesrat, unterstützt durch Gutachten eines ihm beizugebenden, aus Vertretern von Wissenschaft, Industrie und Handel bestehenden Lebensmittelbeirats, Festsetzungen über die normale Beschaffenheit von Nahrungsmitteln mit bindender Kraft für die Gerichte, Vorschriften über die Bezeichnung von Nahrungs-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

mitteln im Verkehr, über die Ausführung der Untersuchungen usw. erlassen kann.

Minderwertige Nahrungsmittel sollten vom Gesetz wie verfälschte usw. behandelt werden.

Polizeiverordnungen über den Lebensmittelverkehr sind möglichst zu vermeiden, jedenfalls aber tunlichst einheitlich und gleichmässig zu gestalten.

Internationale Vereinbarungen über Untersuchung und Beurteilung von Nahrungsmitteln sind nur insoweit gutzuheissen, als sie eine gute Lebensmittelversorgung im Deutschen Reiche zuverlässig nicht gefährden.

6. Die Nahrungsmittelaufsicht soll nicht nur Verstösse gegen die Gesetze aufdecken und zur Ahndung bringen, sondern auch belehrend auf Industrie und Handel wirken und die Herbeiführung guter hygienischer Zustände in den Nahrungsmittelbetrieben im Auge haben. Besonderer Wert ist auch auf die Aufklärung des Volkes in den Fragen der Ernährung und Nahrungsmittelbeschaffung zu legen.

Das zweite Thema lautete: „Neuere Erfahrungen über die Behandlung und Beseitigung der gewerblichen Abwässer.“ Referent hierüber war Geh. Regierungsrat Prof. Dr. König (Münster i. W.).

Wenn wir auch in den letzten Jahren in dieser Frage manche Fortschritte gemacht haben, so ist daran festzuhalten, dass es ein einziges Allheilmittel für die Reinigung und vollständige Beseitigung der gewerblichen Abwässer nicht gibt. Die gewerblichen Abwässer lassen sich in vier Gruppen teilen: 1. Die Abwässer mit hohem Gehalt an organischen, stickstoffhaltigen Stoffen; 2. Solche, die reich an organischen Stoffen, aber ohne wesentlichen Stickstoffgehalt sind; 3. Abwässer, die zwar ebenfalls reich an organischen Stoffen sind, aber diese sind an sich schädlicher bzw. giftiger Natur; 4. die Abwässer mit unorganischen Verunreinigungen.

Ausser der Zusammensetzung kommt für die Reinigung bzw. Beseitigung der Abwässer die Art ihrer Schädlichkeit und die Beschaffenheit sowie der Nutzungszweck des aufnehmenden Vorfluters in Betracht. Gruppe eins und zwei sind für Menschen und Tiere schädlich, in landwirtschaftlicher Hinsicht nützlich; Gruppe drei und vier sind gesundheitlich von untergeordneter Bedeutung, für Landwirtschaft und Fischzucht dagegen schädlich. Für die Beseitigung der organischen Stoffe in den Abwässern, die ja in gesundheitlicher Hinsicht am bedenklichsten sind, ist das biologische Verfahren das geeignetste. Hier ist zunächst die Selbstreinigung der Flüsse zu nennen. Bei der Selbstreinigung von organischen Stoffen spielen Mikroorganismen die Hauptrolle, und wir können

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

drei Zonen unterscheiden: 1. Die Zone der Polysaprobien, die reich an Schizomyceten ist; 2. Die Zone der Masosaprobien mit farblosen Flagellaten, Fadenbakterien und -pilzen; 3. Die Zone der Oligosaprobien, in der die Polysaprobien völlig fehlen, und der Gehalt an organischem Stickstoff 1 mg für 1 l nicht zu übersteigen pflegt.

Die Selbstreinigung der Flüsse wirkt aber nur bei genügender Verdünnung des Abwassers ausreichend und sicher; eine 15fache Verdünnung bei 0,6 m Stromgeschwindigkeit nach der früheren Pettenkoferschen Forderung ist nicht ausreichend.

Die Landberieselung erfordert einen geeigneten Boden, der gut durchlässig ist, dabei aber eine gewisse Absorptionsfähigkeit und wasserhaltende Kraft besitzt. Dann muss auch die Bodenfläche genügend gross sein, da die reinigende Wirkung des Bodens keine unbegrenzte ist.

Die intermittierende Bodenfiltration verwendet auch den gewachsenen Boden, unterscheidet sich aber dadurch von dem Rieselbetrieb, dass sie den Boden nur als Filter für das Abwasser benutzt, dagegen jegliche Nutzung planmässig ausschliesst.

Das künstliche biologische Verfahren steht seit etwa 15 Jahren im Vordergrunde des Wasserreinigungsverfahrens. Es wurde zuerst von Dibdin in England (1892) und von Schweder in Deutschland (1897) eingeführt. Es besteht in der Oxydation der organischen Stoffe durch künstlich aus Koks, Schlacken und Kiessand aufgeschichtete Filter. Hier werden die für die Zersetzung der organischen Stoffe notwendigen Mikroorganismen angesammelt.

Was den Aufbau der Oxydationskörper angeht, so unterscheidet man Füllkörper und Tropfkörper; erstere werden zeitweise ganz mit dem Schmutzwasser gefüllt, bei dem Tropfkörper dagegen wird das Schmutzwasser stetig und tropfenweise zugeführt.

Die notwendige Vorreinigung des Abwassers kann erfolgen durch Faulkammern, durch Absitzbecken und durch chemische Zusätze.

Das biologisch gereinigte Abwasser bedarf meist noch einer Nachreinigung, die am zweckmässigsten durch Landberieselung vorgenommen wird, wobei man auf 1 ha Land das Abwasser von 2500 Einwohnern rechnet. Wenn sich auch die biologische Reinigung billiger stellen mag, so ist doch zu berücksichtigen, dass bei der Landberieselung ein wirtschaftlicher Gewinn erzielt wird, bei der künstlichen biologischen Reinigung dagegen nicht; ersterem Verfahren kommt daher die grössere wirtschaftliche Bedeutung zu.

Die mechanische Reinigung erfolgt durch Siebe, Gitter, Roste und Rechen, verbunden mit Sandfängen. Weiterhin durch Klärbecken und Klärbrunnen bzw. Klärtürme.

Die chemisch-mechanische Reinigung wird in Deutschland

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

meist nur mehr für gewerbliche, selten noch für häusliche Abwässer angewandt. Nur wenn es sich bei Hausabwässern um Vernichtung von Krankheitserregern handelt, pflegt man noch Chemikalien, Chlorkalk, Kupfer- und Ferrosulfat, anzuwenden.

Hierher ist auch das Degenersche Kohlenbreiverfahren zu rechnen, bei welchem dem Abwasser feine geschliffene Braunkohle und Ferrosulfat zugesetzt werden. Es werden daraus Schlammkuchen gebildet, die verbrannt oder zur Herstellung von Heizgasen verwendet werden. Das Verfahren ist nicht gewinnbringend, die Betriebskosten stellen sich für den Kopf und das Jahr in Potsdam auf 1.20, in Spandau auf 1.39, in Tegel auf 1.31 M., wohingegen die Kosten in Berlin bei Rieselbetrieb nur 0.6 M. betragen.

Die getrennte Behandlung der Abwässer ist derart, dass man die Abortstoffe und Hausabwässer von den Regen- und Tageswässern trennt und durch ein besonderes Kanalnetz abführt. Das Trennsystem eignet sich besonders für kleinere Städte und hat sich hier im allgemeinen bewährt. Schon seit langer Zeit sind Bestrebungen im Gang, die Abwässer auf verwertbare Stoffe zu verarbeiten, Erfolge sind jedoch bisher nur in vereinzelten Fällen erzielt worden. Die Verarbeitung der städtischen Abwässer auf Ammoniak und Poudrette hat besondere Erfolge bisher nicht aufzuweisen, ein neueres Verfahren wird zurzeit in Chemnitz geprüft, der Erfolg muss abgewartet werden. Bisher konnte Ammoniak zweifellos billiger aus anderen Abgängen, z. B. dem Gaswasser, Koksgasen, gewonnen werden.

In den häuslichen Abwässern ist verhältnismässig viel Fett. Das Berliner enthält z. B. zwischen 0,01—0,026 % Fett. Das macht durchschnittlich 20 g pro Kopf und Tag oder 47,3 kg pro Kopf und Jahr. Man kann annehmen, dass sich in den Abwassern der kanalisierten Städte etwa 145 Millionen kg Fett befinden, deren Wert auf ca. 50 000 000 M. geschätzt werden kann. Die Wiedergewinnung von diesem Fett würde daher immerhin einen gewissen wirtschaftlichen Wert haben. Die meisten Versuche nach dieser Richtung haben noch keine zufriedenstellenden Resultate ergeben; doch ist zu erwarten, dass wir ein brauchbares Verfahren finden werden.

Ausser dem Fett werden noch zahlreiche andere Stoffe aus den Abwässern zurückgewonnen wie Schwefel, Cyanverbindungen, Schwermetalle, Ferrosulfat usw.

Neben der Reinigung der Abwässer ist die Beseitigung des Schlammes eine ebenso wichtige wie schwierige Aufgabe. Die Verwendung des Schlammes für die Landwirtschaft ist nur unter besonderen günstigen Bedingungen möglich. Auch der entwässerte Schlamm ist nur schwer als Düngemittel abzusetzen. Die Verbren-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nung des Schlammes, besonders nach Zusatz von Kohle, Koks oder Müll, hat bisher noch keine guten Resultate ergeben. Vor allen Verfahren ist das Ausbreiten des Schlammes auf Land oder das Untergraben desselben immer noch am billigsten, nur muss dazu genügend viel und geeignetes Land dicht bei der Reinigungsanstalt zur Verfügung stehen.

Aus dem Gesagten geht hervor, dass es ein einziges bestes Reinigungsverfahren nicht gibt, das Verfahren muss sich den gegebenen örtlichen Verhältnissen anpassen. Immer aber soll die wirtschaftliche Ausnutzung der Abgänge nicht ausser acht gelassen werden. Eine solche wäre aber auch bei uns in sehr vielen Fällen möglich, wenn Industrie, Stadt und Land einträchtig zusammenarbeiten würden und sich nicht, wie so häufig, feindlich gegenüberständen. Die Frage ist deshalb so wichtig, weil die von der Natur gebotenen Vorräte an stickstoff- und phosphorhaltigen Düngemitteln immer mehr abnehmen und sich bald erschöpfen müssen.

Beigeordneter Stadtbaurat Schoenfelder (Elberfeld) eröffnete die Diskussion mit dem Bemerken, dass er in der Frage der Beckenkonstruktion mit dem Vortragenden nicht übereinstimme. Becken über 40 m Länge seien nicht mehr wirtschaftlich. Auch die Breite dürfe nicht bis 10 m gehen, denn dann wären die Becken nicht schlauch-, sondern schüsselförmig mit toten Winkeln. Auch die sanft ansteigende Sohle dieser Becken sei nachdrücklichst zu bekämpfen.

Stadtverordneter Dr.-ing. Th. Heyd (Darmstadt) betonte die ausserordentliche Wichtigkeit der wirtschaftlichen Verwertung unserer Abwässer. Nicht nur seien die Flüsse rein zu halten, sondern es müssten auch alle verwertbaren Stoffe aus den Abwässern zurückgewonnen werden. Die Abwässer müssen gesondert behandelt werden, nicht schematisch. Biologische Kläranlagen empfehlen sich keineswegs immer. Rieselfelder würden viel zu selten angelegt.

Stadtbaurat Steuernagel (Köln) wies auf die grosse Bedeutung der suspendierten Bestandteile hin. Für die Ablagerung dieser Bestandteile spiele die Geschwindigkeit des Vorfluters die wichtigste Rolle.

Oberbürgermeister v. Borscht (München) stellte einige Bemerkungen bezüglich der Isar richtig. Die Geschwindigkeit derselben betrage höchstens $1^1/_2$—2 m pro Sekunde. Der jährliche Wasserverbrauch betrage nicht 150 hl sondern 300 hl, auf den Kopf.

Justizrat Dr. Baumert (Spandau) bemerkte, dass es zurzeit keine Normen für die Reinhaltung der Flüsse gebe. Darum habe die preussische Regierung in dem letzten Entwurf des Wassergesetzes jede Vorschrift über die Reinhaltung der Flüsse beseitigt. Für die Kultur eines Volkes spiele die Benutzung der Abwässer als Berieselung eine sehr wichtige Rolle.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Stadtbaurat a. D. W. H. Lindley (Frankfurt a. M.) glaubte, dass der Beckenlänge und der Durchflussgeschwindigkeit nicht die grosse Bedeutung zukomme, die man ihr beilege. Die übliche 4-mm-Geschwindigkeit könne sehr wohl auf das Doppelte erhöht werden. Die sanft ansteigende Sohle mit vorgelagertem Schlammsumpf erachte er für vorteilhaft, mehrere Schlammsümpfe seien nachteilig.

Obermedizinalrat Dr. Scheurlen (Stuttgart) berichtete, dass man in Württemberg mit dem biologischen Reinigungsverfahren sehr gute Erfahrungen gemacht habe. Zwei Dinge bereiten Schwierigkeiten, die Beschaffung von grossen Schlacken und die Geruchbelästigung. Für den letzten Übelstand leiste das Ozon sehr gute Dienste.

Prof. Dr. Prausnitz (Graz) erinnerte daran, dass Pettenkofer dafür eintrat, dass die Abwässer mit den Fäkalien in die Isar geleitet würden. Aber schon 1892 wurde von den Behörden erklärt, die Kanalisation wäre nur dann durchführbar, wenn die suspendierten Bestandteile entfernt würden.

Geh. Oberbaurat Prof. Dr. Baumeister (Karlsruhe) war der Meinung, dass die mechanische Klärung durch Rechen, Gitter oder Siebe in vielen Fällen genüge. Aufgabe der Technik sei es, diese billigste Reinigungsmethode immer mehr zu verbessern.

Regierungs- und Geh. Medizinalrat Dr. Roth (Potsdam) stimmte dem Vortragenden darin bei, dass die gewerblichen Abwässer in die gemeinschaftlichen Entwässerungsanlagen aufzunehmen seien. Für die Kontrolle der Anlagen müssten neben den Kreisärzten noch Flusskommissionen gebildet werden.

Im Schlusswort ging Referent dann noch ganz kurz auf die gleichzeitige Reinigung der gewerblichen und häuslichen Abwässer ein.

Der Referent hat seine Ausführungen in folgenden Leitsätzen zusammengefasst:

1. Unter den gewerblichen Abwässern kann man vier Gruppen unterscheiden, die sich in ihren Eigenschaften sowie in ihren Anforderungen an die Reinigung verschieden verhalten, nämlich: erste Gruppe mit verhältnismässig hohem Gehalt an organischen stickstoffhaltigen Stoffen; zweite Gruppe mit verhältnismässig hohem Gehalt an organischen, mitunter eigenartigen, aber nicht direkt schädlichen Stoffen, und ohne wesentlichen Stickstoffgehalt; dritte Gruppe mit hohem Gehalt an organischen, aber direkt schädlichen (giftigen) Stoffen oder mit schädlichen Beimengungen unorganischer Natur; vierte Gruppe mit vorwiegend unorganischen Stoffen (Salzen, Basen, Säuren), von denen die Abwässer mit Salzen der Schwermetalle sich noch in verschiedener Weise reinigen und beseitigen lassen, die mit Salzen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der Alkalien oder alkalischen Erden aber keiner Reinigung fähig sind.

2. Wie für die Beurteilung einer schädlichen Wirkung dieser Abwässer, so sind auch für ihre Reinigung ausser der chemischen Zusammensetzung die Beschaffenheit des Vorfluters und sein Nutzungszweck mit in Betracht zu ziehen.
3. Die gewerblichen Abgänge lassen sich durchweg von den häuslichen nicht trennen, weil sie einerseits vielfach mit letzteren in die städtischen Kanäle abgeführt werden, und weil andererseits die gewerblichen Abwässer der Gruppen 1 und 2 sowohl bezüglich ihrer, besonders für die Gesundheit, nachteiligen Wirkung als auch der zweckmässigsten Art der Reinigung auf gleicher Stufe mit den häuslichen Abwässern stehen. Ihre schädlichen Wirkungen äussern diese Abwässer vorwiegend im fauligen Zustande, in den sie um so leichter übergehen, je höher die Temperatur (bis 40°) ist. Nicht selten enthalten sie auch pathogene Keime.
4. Die häuslichen und die gewerblichen Abwässer der Gruppen 1 und 2 mit hohem Gehalt an organischen Stoffen, aber ohne schädliche Bestandteile, lassen sich am weitesten auf biologischem Wege reinigen, sei es mit Hilfe der selbstreinigenden Kraft der Flüsse, sei es durch Landberieselung, sei es durch intermittierende Bodenfiltration, sei es durch künstliche biologische Oxydationskörper. Der biologische Vorgang bei den vier Verfahren ist im Wesen gleich, nur die Art des Verlaufes ist in etwa verschieden. Für alle vier Verfahren empfiehlt sich die vorherige Entfernung der Schwebe- und aller sonstigen Stoffe, welche den biologischen Vorgang stören können.
5. Unter Selbstreinigung der Flüsse ist die dauernde Beseitigung schädlicher oder unter Umständen schädlich werdender Stoffe zu verstehen, sei es durch mechanische oder chemische Vorgänge, sei es durch biologische Umwandlung toter organischer Stoffe in lebende Organismen oder in sich verflüchtigende Gase. Die seinerzeit von v. Pettenkofer für diesen Vorgang geltend gemachte 15fache Verdünnung bei derselben Stromgeschwindigkeit des Wassers in den Sielen und Flüssen, mindestens aber bei einer Stromgeschwindigkeit von 0,6 m in der Sekunde ist jedoch nicht ausreichend.
6. Die vollkommenste Reinigung der an organischen stickstoffhaltigen Stoffen reichen Abwässer kann zweifellos durch die Landberieselung erreicht werden; hierbei findet auch die vorteilhafteste wirtschaftliche Verwertung statt. Wo kein geeigneter Boden in genügender Ausdehnung zu angemessenen Preisen zu haben ist, verdient das Eduardsfelder Verfahren die grösste Beachtung.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

In gesundheitlicher Hinsicht bringt die Landberieselung nicht mehr Gefahren mit sich als ein anderes Reinigungsverfahren.

7. Die intermittierende Bodenfiltration, vorwiegend in Amerika in Gebrauch, wird bis jetzt mit Erfolg nur bei stark verdünnten häuslichen Abwässern ohne wesentlichen Einschluss gewerblicher Abwässer angewendet und erfordert einen humusfreien Kiessandboden von bestimmten Korngrössen und Eigenschaften. Sie kann als biologische Reinigung auf natürlichem gewachsenen Boden angesehen werden.
8. Das biologische Reinigungsverfahren auf bzw. in künstlich aufgebauten Filtern (Oxydationskörpern) kommt in seiner Wirkung der Landberieselung am nächsten; auch hier beruht der Vorgang im wesentlichen auf einer Adsorption und Oxydation (bzw. Desoxydation gebildeter Oxyde) der organischen Stoffe. Von den beiden Oxydationskörpern, den Füllkörpern mit feinkörniger Füllung sowie zeitweiliger Durchfeuchtung unter Ruhepausen und den Tropfkörpern mit grobkörniger Füllung sowie beständiger Betröpfelung, finden die Tropfkörper durchweg deshalb mehr Anwendung, weil sie keiner so eingehenden Vorreinigung des Abwassers bedürfen und infolge ihrer grösseren Höhe eine grössere Abwässermenge als die Füllkörper zu verarbeiten haben.

   Die Vorreinigung kann je nach der Beschaffenheit des Abwassers in Faulräumen, Absitzbecken oder mittels chemischer Zusätze geschehen. Die Vorbehandlung in Faulräumen bedingt eine tiefgehendere Reinigung, wenn vor der Aufbringung auf die Filterkörper für eine entsprechende Durchlüftung gesorgt wird; die chemischen Zusätze sind vorwiegend bei gewerblichen Abwässern, wenn sie mit oder ohne Einschluss von häuslichen Abwässern nach dem biologischen Verfahren gereinigt werden sollen, angezeigt, ja hier durchweg notwendig. Bei einer entsprechenden Vorbehandlung können die vielseitigsten gewerblichen Abwässer gleichzeitig mit häuslichem Abwasser erfolgreich nach dem biologischen Verfahren gereinigt werden; nur muss für eine gleichmässige, nicht stossweise Zuleitung gesorgt werden. In der Regel bedürfen die biologisch gereinigten Abwässer einer Nachbehandlung (entweder durch Landberieselung oder in Absitzbecken oder Fischteichen oder in Filtern).
9. Die mechanische Reinigung wird jetzt durchweg in flachen Absitzbecken (nach dem Cölner bzw. Frankfurter Muster) oder in Tiefbrunnen bzw. Klärtürmen vorgenommen; bei genügender Ausdehnungsfähigkeit und tiefem Grundwasserstande wählt man flache Becken von etwa 40—50 m Länge, 5—10 m Breite und sanft ansteigender Sohle nach dem Abfluss hin; ist da-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gegen der Raum beschränkt und der Grundwasserstand hoch, so sind Tiefbrunnen (sog. Dortmund- bzw. Emscher-Brunnen) bzw. Klärtürme zu empfehlen. Die Stromgeschwindigkeit in den Absitzbecken soll für häusliches Abwasser in der Regel 4 mm in der Sekunde betragen, kann aber in vielen Fällen ohne wesentliche Beeinträchtigung des Erfolges auf 10 mm hinaufgehen. In den Tiefbrunnen und Klärtürmen muss die Aufwärtsbewegung eine geringere Geschwindigkeit haben; sie darf durchweg 2 mm in der Sekunde nicht übersteigen. Auf diese Weise lassen sich durchweg 70—80 % der Schwebestoffe aus den Abwässern entfernen.

10. Der mechanischen Klärung durch Absitzbecken oder Tiefbrunnen geht meistens eine Vorreinigung von groben Sperrstoffen durch Rechen, Gitter oder Siebe, verbunden mit Sandfängen, vorauf. Diese kann in ganz vereinzelten Fällen, da jetzt Stoffe mit bis 3 mm Durchmesser abgefangen werden können, allein zur Reinigung genügen, nämlich dann, wenn das Abwasser durch den Vorfluter eine so starke Verdünnung erfährt, dass es direkt in ihn abgeführt werden kann, und es nur darauf ankommt, die gröbsten Verunreinigungen, mehr aus ästhetischen als hygienischen Gründen, zu entfernen.
11. Die Anwendung chemischer Fällungsmittel bei der Reinigung häuslicher Abwässer hat infolge der Vervollkommnung der mechanischen Reinigungsvorrichtungen immer mehr abgenommen. Nur das Kohlenbreiverfahren (Degener) oder Humin-Verfahren (Freese) in Gemeinschaft mit Kalk oder Ferrosulfat und Kalk hat sich gehalten (Potsdam, Spandau, Tegel, Soest, Reinickendorf u. a.). Die Humuskolloide bewirken eine vollkommenere Ausfällung, die Humussäuren eine teilweise Desinfektion; der Hauptvorteil dieses Verfahrens gegenüber der Fällung mit Chemikalien allein besteht aber in der leichteren Beseitigung des erzielten Schlammes. Chemische Zusätze für Zwecke der Desinfektion (Chlorkalk, Kupfer-, Eisensulfat usw.) kommen nur in Zeiten von Epidemien in Betracht. Das für diesen Zweck verschiedentlich vorgeschlagene elektrische Sterilisierungsverfahren scheint bei Abwässern bis jetzt keine praktische Anwendung gefunden zu haben.
12. Unter Umständen kann eine getrennte Behandlung von verschiedenen Arten Abwässern derselben Fabrikation (z. B. bei Zucker-, Stärkefabrik- und Brennereiabwässern) die Reinigung erleichtern; in anderen Fällen kann eine Wiedergewinnung von verwertbaren Stoffen lohnend sein, z. B. die Wiedergewinnung von Fett aus fett- und seifenreichen Abwässern, die von Fasern aus den Abwässern der Textil- und Papierindustrie, die von

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Ferrosulfat aus den Abwässern der Drahtziehereien und der Kieswäschereien, die von Schwermetallen (Kupfer, Zink) aus den Abwässern aus Silberknopffabriken und Messinggiessereien und sonstige Verarbeitungsweisen mehr. Eine dauernd erfolgreiche Gewinnung von Fett aus häuslichen Abwässern ist bis jetzt noch nicht gelungen.

13. Die Beseitigung des bei der Reinigung gewonnenen Schlammes bildet in den meisten Fällen noch eine schwierige und offene Frage. Zwar ist man sich darüber klar, dass die landwirtschaftliche Verwertung des an organischen stickstoffhaltigen Stoffen verhältnismässig reichen Schlammes die einfachste und zweckmässigste ist. Aber wo eine solche Verwertung nicht möglich ist, hat eine anderweitige Beseitigung bis jetzt, sowohl was Trocknung als Verwertung anbelangt, noch keine endgültige Lösung gefunden. Die meiste Aussicht auf Erfolg scheint die Vergasung des durch Zentrifugieren oder Pressen entwässerten Schlammes mit oder ohne Vermischen mit Müll zu haben.
14. Die Reinigung der häuslichen und gewerblichen Abwässer sowie die Beseitigung des Schlammes richtet sich hiernach nicht nur nach ihrer Beschaffenheit und Menge, sondern auch nach den sonstigen örtlichen Boden- wie Vorflutverhältnissen. Ein einziges bestes Verfahren hierfür gibt es nicht. Die neuesten Forschungsergebnisse bedeuten aber recht grosse Fortschritte auf diesem Gebiete und geben wichtige Anhaltspunkte an die Hand, wie man unter Zuziehung von Sachverständigen (Bautechnikern, Chemikern, Ärzten und Biologen) in einem gegebenen Falle zweckmässig verfahren kann. In erster Linie sind die gesundheitlichen Verhältnisse massgebend; aber wo es eben angeht, soll man auch die wirtschaftliche Ausnutzung nicht ausser acht lassen.

Für den dritten Tag stand nur ein Thema zur Besprechung: „Ziele und Aufgaben der Rassenhygiene.“ Berichterstatter war Dr. A. Ploetz (München).

Der umfassendste Sinn des Wortes Hygiene ist der einer Lehre von den optimalen Erhaltungsbedingungen des Lebens. Zwei Faktoren bestimmen die Erhaltung eines lebenden Organismus, erstens seine Umgebung, zweitens die Einrichtungen, über die er verfügt, um sich gegenüber den Einflüssen der Umgebung zu erhalten. Die Hygiene hat sich bisher hauptsächlich mit dem ersten Faktor befasst, mit dem zweiten, den Widerstandskräften des Organismus selbst, erst in zweiter Linie. Diese Widerstandskräfte werden hauptsächlich durch die anerzeugten Anlagen bestimmt, die in neuester Zeit unter dem Einfluss der mächtig aufblühenden allgemeinen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Biologie und Anthropologie eingehend studiert wurden. Um aber diese anerzeugten Anlagen zu verstehen, ist es nötig die Eigenschaften der Vorfahren zu untersuchen und zu erkennen. Das dem Individuum übergeordnete Leben ist also eine Vielheit, erst diese verbürgt das durchdauernde Leben. Diese Vielheit ist biologisch begrenzt und wird als Rasse bezeichnet; sie ist die Erhaltungseinheit und Entwicklungseinheit des Lebens. Eine Rasse ist natürlich nicht immer scharf begrenzt, am wenigsten in der Zeit ihrer Bildung. Was nun die Lebensfunktionen der Rasse angeht, so gipfeln diese zunächst in der Erhaltung des lebenden Wesens gegenüber den Störungen der Aussenwelt. Durch die Fortpflanzung wird die Erhaltung der Zahl gewährleistet, sie ersetzt nicht nur die Eltern, sondern auch die vor und während der Reife vernichteten Individuen. Aber Fortpflanzung und Vernichtung ist nicht allein durch äussere Einflüsse bedingt, eine wichtige Rolle spielen auch die Kräfte, die in der Konstitution der Individuen liegen. Die Erhaltung dieser Kräfte ist Aufgabe der Vererbung.

Mit der Fortpflanzung und Vererbung ist aber der Bestand der Rasse noch nicht sichergestellt; denn die Nachkommen stehen überall durchschnittlich unter der guten Beschaffenheit der Eltern. Da aber eine Verschlechterung der Rasse nicht eintritt, so muss ein Teil der erzeugten Individuen von der Weiterführung der Rasse ausgeschaltet werden. Diese Ausschaltung kann eine wählende oder wahllose sein.

Soll sich eine Rasse erhalten, so muss sie sich an ihre Umgebung anpassen; hierfür ist eine Änderung der elterlichen Eigenschaften notwendig; die Ursachen dieser fortschreitenden Variationen sind noch ungeklärt. Die Tatsache der fortschreitenden Entwicklung von einfachen zu immer komplizierteren Formen steht aber fest, und in der Wirbeltier- und besonders der Säugetierreihe hat ein Organ eine immer steigende Ausbildung erhalten, nämlich das Nervensystem und besonders das Gehirn.

Wird aber diese Entwicklung weitergehen? Sind wir auf der höchsten Höhe oder gehen wir bergab? Bestimmtes lässt sich darüber nicht sagen, das Problem ist zu verwickelt. Auch die Frage, ob das ganze Menschengeschlecht eine einzige Vitalrasse bildet oder in mehrere zerfällt, kann verschieden beantwortet werden, doch ist es der Einfachheit halber besser die ganze Menschheit als eine Vitalrasse aufzufassen.

Die Fruchtbarkeit ergibt einen ständigen Überschuss so dass die Zahl der Menschen bereits $1^1/_2$ Milliarden übersteigt, aber die Fruchtbarkeit ist nicht gleichmässig verteilt. Fast alle hochkultivierten Völker zeigen in der letzten Zeit eine erhebliche Abnahme der Geburten, so dass eine immer höher steigende Flut von Slawen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

und Asiaten in die kultivierten Länder vordringen kann. Die Abnahme der Sterblichkeit kann diesen Rückgang der Geburten nicht ausgleichen, denn die Sterblichkeitsabnahme hat eine Grenze, während die Abnahme der Geburten fast keine Grenzen hat. Sind doch kleine Ortschaften in Neuengland bekannt, die fünf Jahre hindurch keine Geburten, höchstens einmal eine bekannt gewordene Fehlgeburt aufwiesen.

Die durchschnittliche Beschaffenheit der Individuen der menschlichen Rasse wird durch die Vererbung bestimmt. Aber das absteigende Variieren sorgt ebenso wie bei den Tieren so auch bei den Menschen dafür, dass die Erzeugten nicht den Durchschnitt der Erzeuger erreichen. Hier tritt dann die Ausmerzung ein, so dass wieder ein Elternstamm von der alten Tüchtigkeit übrigbleibt.

Für das absteigende Variieren gibt es physiologische und pathologische Ursachen.

Von den physiologischen wäre zuerst das Zeugungsalter der Eltern zu erwähnen, besonders ein zu hohes Alter der Mütter scheint eine wichtige Rolle zu spielen. Beim Geburtsalter der Mutter unter 20 Jahren betrug die Kindersterblichkeit nur 26 %, zwischen 20 und 40 Jahren 29 % und über 40 Jahre volle 36 %. Auch zu kurze Zwischenräume zwischen den Geburten werden angeschuldigt, Ursache der Erzeugung schwacher Kinder zu sein. Ferner scheint auch die Vermischung von Eltern, die nicht derselben Unterrasse angehören, Ursache zu sein. So wird behauptet, dass Mulatten, Mischlinge zwischen Weissen und Negern, körperlich und geistig, besonders aber in bezug auf den Charakter, minderwertig gegenüber den Eltern sein sollen.

Unter den pathologischen Ursachen des absteigenden Variierens wären die Gifte zu erwähnen, die in unserem Körper entstehen, oder die wir dem Körper zuführen. Die wichtigsten dieser Gifte sind Syphilis, Tuberkulose und Alkohol; ob Tabak, Kaffee und Tee ebenfalls keimschädigende Wirkungen haben, ist noch ungewiss. Die Elimination ist auch bei den Menschen eine wahllose und eine wählende. Die wählende Elimination oder die Ausmerzung wird zunächst durch die Armut herbeigeführt, ferner durch Geschlechtskrankheiten und Alkoholismus.

Aber neben dieser wahllosen Ausschaltung und der wählenden Ausmerzung kommt noch die Kontraselektion vor, die darin besteht, dass Tüchtige ausgeschaltet werden, weil sie tüchtig sind, und Schwache erhalten bleiben, grade weil sie schwach sind. Im Kriege werden die tüchtigsten jungen Männer getötet, die schwächeren bleiben zu Hause; die Schwachen, Elenden und Kranken werden ganz besonders gepflegt.

Diese drei Arten der Ausschaltung bewirken nun, dass die

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zur Fortpflanzung gelangenden Individuen im allgemeinen das Niveau der Rasse aufrechterhalten. Findet nun aber auch eine Weiterentwicklung der menschlichen Rasse statt? Mit Sicherheit lässt sich diese Frage nicht entscheiden, da die sicheren Unterlagen fehlen. Wohl wissen wir, dass das Lebensalter und die Körpergrösse zugenommen haben, aber das kann und ist auch wahrscheinlich die Folge besserer Lebenshaltung und Gesundheitspflege. Es kann sich also um eine bessere ontogenetische Entfaltung der Keimesanlagen handeln; das bedeutet aber keineswegs eine phylogenetische Verbesserung der Keime.

Was können wir nun tun, um die Hebung der Rasse zu sichern? Da wäre die erste Aufgabe, die besten Bedingungen der Erhaltung der Individuenzahl zu ermitteln. Die Zahl der Menschen ist so gross, dass wir uns um den Fortbestand der Rasse nicht zu sorgen brauchen. Aber die verschiedenen Varietäten der Rasse haben einen verschiedenen Wert, und dadurch entsteht die Forderung, die weisse Varietät als die höchstentwickelte möglichst zu stärken; denn sie bildet nur etwa ein Drittel der Bevölkerung der Erde. Die Geburtsziffer darf also nicht sinken, die Sterblichkeit muss verringert werden. Aber die Geburtsziffer sinkt unaufhörlich bei den höchstkultivierten Völkern. Hier Abhilfe zu schaffen, erscheint sehr schwer, fast unmöglich.

Sehr viel besser können wir für die optimalen Bedingungen der Erhaltung und Verbesserung unserer durchschnittlichen Konstitutionskraft sorgen. Hier liegt das grosse Gebiet der allgemeinen und individuellen Hygiene. Daneben laufen die vielfachen Bestrebungen, die weisse Rasse rein zu erhalten und die Mischungen zu vermeiden.

Was die optimale Weiterentwicklung unserer Rasse angeht, so kennen wir eine Möglichkeit direkt fortschreitender Variationen oder gar Mutationen nicht. Doch können wir erwarten, dass bei Durchführung aller rassenhygienischen Massnahmen das durchschnittliche Niveau der Rasse sich heben wird.

Für die Ausbreitung der bisherigen höchsten Varianten auf die ganze weisse Rasse könnten wir z. B. durch Einwanderungsgesetzgebung etwas tun, wenn wir diese höchsten Varianten sicher bestimmen könnten. Aber hier gehen die Ansichten noch sehr weit auseinander.

Oberbürgermeister Dr. Fuss (Kiel) vertrat in der Besprechung die Ansicht, dass manche der aufgestellten Behauptungen noch recht problematisch und für die praktische Tätigkeit ungeeignet seien.

Stadtarzt Prof. Dr. v. Drigalski (Halle a. S.) war im Gegenteil der Ansicht, dass die Rassenhygiene die Summe unserer hygienischen Bestrebungen darstelle; denn die Hygiene wolle doch nur

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die Widerstandsfähigkeit des Volkes und der ganzen Rasse haben. An dieser grossen Aufgabe müssten die Frauen mitarbeiten, ganz besonders durch Aufziehen einer zahlreichen Nachkommenschaft.

Von Dr. Naumann (Vohwinkel) und Dr. Röder (Elberfeld) wurde besonders auf die hohe Bedeutung des Alkohols für die Rassenhygiene hingewiesen. Der Alkohol sei ein keimschädigendes Gift, das eliminiert werden könne.

Generalstabsarzt Dr. v. Bestelmeyer (München) machte darauf aufmerksam, wie wichtig die Ernährung der Kinder an der Mutterbrust sei.

Justizrat Dr. Baumert (Spandau) bezeichnete die Ledigenheime als eine Prämie auf das Nichtheiraten. Die Sittlichkeit würde dadurch nicht gefördert.

In seinem Schlusswort betonte Referent die grosse nationale Bedeutung der Rassenhygiene. Von unseren 20jährigen Männern seien jetzt nur ca. 55 % militärtauglich, eine Steigerung dieser Zahl sei doch sicher sehr wichtig. Die Rassenhygiene sei eine ganz junge Wissenschaft, und es handle sich bis jetzt hauptsächlich um die Arbeit der klaren Problemstellung; aber sie werde wachsen wie die allgemeine Hygiene.

Die Leitsätze des Referenten lauteten:

1. Es ist zweckmässig, das Gesamtgebiet der Hygiene nach ihren Objekten einzuteilen in Individual- und Rassenhygiene. Da die Erhaltung der Individuen zum Teil (durch den Schutz der Schwachen) in Widerspruch steht mit der Erhaltung der Rasse, ist eine selbständige Behandlung der Rassenhygiene geboten.
2. Rasse (Vitalrasse im Unterschied von Systemrasse) ist eine Erhaltungs- und Entwicklungseinheit des durchdauernden Lebens.
3. Ob man beim Menschen eine oder mehrere Vitalrassen (Weisse, Gelbe, Schwarze) annehmen muss, ist noch unentschieden. Für weitaus die meisten hierher gehörenden Probleme ist es jedoch unerheblich, ob wir eine einzige menschliche Vitalrasse mit mehreren stark voneinander abweichenden Unterrassen oder mehrere selbständige Vitalrassen annehmen. Wir wollen hier von der einfacheren und umfassenderen Voraussetzung ausgehen, dass nur eine menschliche Vitalrasse vorhanden ist.
4. Rassenhygiene als Wissenschaft ist die Lehre von den Bedingungen der optimalen Erhaltung und Vervollkommnung der menschlichen Rasse. Als Praxis ist sie die Gesamtheit der aus dieser Lehre folgenden Massnahmen, deren Objekt die optimale Erhaltung und Vervollkommnung der Rasse ist und deren Subjekte sowohl Individuen als gesellschaftliche Gebilde einschliesslich des Staates sein können.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

5. Zu den besonderen Aufgaben der wissenschaftlichen Rassenhygiene gehören:
   a) Feststellung der Zahl der menschlichen Vitalrassen durch Untersuchungen über die gegenseitige Ersatzfähigkeit der Hauptvarietäten und über die Fruchtbarkeit und Lebenskraft ihrer Mischlinge;
   b) Untersuchung über die den Lebens- und Entwicklungsprozess der Rasse bestimmenden Faktoren der Vermehrung, Vererbung, Variabilität, Elimination und Auslese, sowie über den Begriff der optimalen Entwicklung;
   c) Feststellung der Bedingungen der Herstellung der optimalen Zahl der Individuen einer Rasse durch Untersuchungen über das Verhältnis der verfügbaren Nährstellen zur Bevölkerung, über Geburten- und Sterbeziffer, Geburten-Überschuss, Aus- und Einwanderung;
   d) Erforschung der Regeln oder Gesetze der Vererbung (Vererbung erworbener Eigenschaften, Mendeln, intermediäre Vererbung);
   e) Erforschung der Variabilität (Degeneration, Regeneration, differente und progressive Variation);
   f) Erforschung der Eliminationsarten und ihres Umfangs (selektorische, nonselektorische und kontraselektorische Elimination durch Tod oder durch Unfruchtbarkeit);
   g) Feststellung der Gesamtrichtung des Entwicklungsprozesses, ob Degeneration, Erhaltung oder fortschreitende Entwicklung;
   h) Untersuchung über die Bedingungen einer Änderung dieser Gesamtrichtung, soweit sie mit der optimalen Entwicklung nicht zusammenfällt.
6. Zu den besonderen Aufgaben der praktischen Rassenhygiene gehören:
   a) Bekämpfung des Zweikindersystems, Begünstigung der vielkindrigen Familien tüchtiger Individuen, Bekämpfung des Luxus, Wiederaufrichtung des Mutterideals, Stärkung des Familiensinnes;
   b) Herstellung eines Gegengewichts gegen den Schutz der Schwachen durch Schaffung von Hindernissen für die Fortpflanzung Minderwertiger durch Isolierung, Eheverbote und ähnliche Mittel, Begünstigung der Fortpflanzung Tüchtiger durch wirtschaftliche Ermöglichung ihrer Frühehe (besonders in den höheren Klassen) und wirtschaftliche Begünstigung ihrer vielkindrigen Ehen;
   c) Bekämpfung aller Keimgifte, wie besonders der Syphilis, der Schwindsucht und des Alkohols;

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

d) Verhütung minderwertiger Einwanderung und Ansiedelung tüchtiger Bevölkerungs-Elemente in den Gegenden, die durch mindertüchtige besetzt sind, eventuell durch Anwendung von Enteignungsgesetzen;
e) Erhaltung und Vermehrung des Bauernstandes;
f) Schaffung günstiger individual-hygienischer Bedingungen für die industrielle und Grossstadtbevölkerung;
g) Erhaltung der kriegerischen Wehrhaftigkeit der höchstentwickelten Völker;
h) Ergänzung des herrschenden Ideals der Nächstenliebe durch ein Ideal moderner Ritterlichkeit, das die Beschützung der Schwachen vereint mit dem Hochhalten der seelischen und körperlichen Kraft und Tüchtigkeit der eigenen Persönlichkeit.

Damit war die Tagesordnung erschöpft. Mit einem Rückblick auf die Tagung, auf die weiteren Aufgaben des Vereins und mit herzlichen Dankesworten an die Stadt, die Referenten und Diskussionsredner schloss der Vorsitzende die Tagung.

Der Ausschuss für das Jahr 1910/11 setzt sich folgendermassen zusammen:

Generalstabsarzt der Armee Dr. v. Bestelmeyer, Exzellenz (München),
Geh. Baurat Peters (Magdeburg),
Geh. Regierungsrat Pütter (Berlin),
Regierungs- und Geh. Medizinalrat Dr. Roth (Potsdam),
Stadtbaurat v. Scholz (Breslau),
Oberbürgermeister Veltman (Aachen).

Zum Vorsitzenden für das Jahr 1911 wurde Herr Regierungs- und Geh. Medizinalrat Dr. Roth gewählt.

Lobend sei noch die sehr schöne und lehrreiche Festschrift erwähnt, die den Teilnehmern von der Stadt gewidmet war.

Am vierten Tage fand ein gemeinsamer Ausflug nach Müngsten und Schloss Burg statt, von da nach der Remscheider Talsperre. Hier hatte die Firma Kathreiner eine Kaffeetafel aufgeschlagen, an der sie die Teilnehmer bewirtete; ihr weltbekanntes Fabrikat fand vielseitige Beachtung und Anerkennung.

Generated on 2019-12-14 17:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA

Literaturbericht.

Neter, Sorgen und Fragen in der Kinderpflege. (München 1910. O. Gmelin.)

Der verdienstvolle Herausgeber von „Das einzige Kind", „Mutterfreuden und Muttersorgen" und „Mutterpflicht und Kindesrecht" beschert uns durch Herausgabe des obengenannten Werkchens ein ganz besonders praktisches und für jede denkende Mutter unbedingt geeignetes Schriftchen. Mit derselben Liebe zur Sache, die seine anderen Schriften auszeichnet, bespricht der Verfasser in Briefform eine Reihe von Fragen, die Mutter und Arzt in gleichem Masse zu beschäftigen pflegen. Ich hebe unter ihnen nur hervor: „Die Bedeutung des Stillens für die stillende Mutter", „Amme oder Flasche?", „Über das Zahnen", „Über das Impfen", „Kind und Alkohol". In leichtverständlichem, aber nicht im unangenehmen Sinne populärer Weise behandelt das Büchlein sehr wichtige, das Säuglingsalter betreffende Fragen. Hoffentlich ist ihm weiteste Verbreitung beschieden. Kaupe (Bonn).

Setz, Grundzüge des modernen Krankenhausbaues. (Wien 1910. R. von Waldheim.)

In dem inhaltvollen Werkchen wird der umfangreiche Stoff übersichtlich geordnet in gedrängter Kürze mit grosser Sachkenntnis behandelt. Die zahlreichen Abbildungen sind hauptsächlich Anstalten aus Österreich, insbesondere aus Wien, dem engeren Wirkungskreis des Verfassers, entnommen, aber auch deutschen — allerdings meist älteren Anlagen — und andern ausländischen Hospitälern. Sie bringen neben charakteristischen Gesamtanlagen von Krankenhäusern auch die wichtigeren technischen Einzelheiten. An ausgeführten Beispielen werden alle Bedürfnisse des Betriebs erläutert. Von krankenhaustechnischen Einrichtungen werden die der Säuglingspflege dienenden besonders ausführlich behandelt. Bei der Besprechung der Wirtschaftsgebäude weist der Verfasser auf die Vorteile hin, die eine Verfeuerung von Rohöl für die Dampfkessel in Krankenanstalten biete. Den Schluss bilden die in Österreich geltenden gesetzlichen Bestimmungen und Vorschriften über den Bau von Krankenhäusern. Das Werkchen berücksichtigt zwar hauptsächlich die österreichischen Verhältnisse; es dürfte aber auch jeden interessieren, der sich mit dem Krankenhausbauwesen beschäftigt. Kleefisch (Cöln).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Springer, Die Ärztin im Hause. (Dresden 1910. M. O. Groh.)

Mit Recht hat das populär medizinische Werk der Verfasserin allenthalben eine gute Presse gefunden. Im Gegensatz zu den sogenannten Gesundheitsbüchern der Naturheilkundigen und Kurpfuscher steht das Buch auf rein wissenschaftlicher Grundlage und soll durch Mitteilung der Ergebnisse und Forschungen der anerkannten Medizin aufklärend wirken. Die Schilderung vom Bau, von der Funktion der Organe, ihrer krankhaften Veränderung und deren Heilung wird durch zahlreiche gute Bilder erläutert und geschieht mit dem steten Hinweis, Aufklärung suchende zur verständnisvollen Ausführung der ärztlichen Anordnungen anzuleiten, anderseits sie vor kritikloser Selbsthilfe zu bewahren und zu warnen. Die Darstellung über Ernährung, Kleidung, Körperpflege, sind vom hygienischen Standpunkt besonders zu begrüssen, wie überhaupt vielfach von der Verfasserin das Interesse für Sozialhygiene wachgerufen wird. Von gleich hoher ethischer Warte werden auch die medizinischen Fragen, die die Frau in ihrem Beruf als Gattin und Mutter betreffen, abgehandelt, ein Thema, zu dessen Darstellung die Geschlechtsgenossin auf Grund ihrer reichen Erfahrungen besonders qualifiziert erscheint. Ähnlich sind in dem Kapitel über das Kind nicht nur Prophylaxe und Hygiene, sondern auch Pädagogik berücksichtigt. Das Buch stellt eine feinsinnige Verknüpfung der Lehre von der Gesundheit mit der Ethik und Ästhetik dar: was gesund ist, ist auch gut und schön. Frank.

Opitz, Brunnenhygiene. (Berlin 1910. Rich. Schoetz.)

Wie der Verfasser in dem Vorwort treffend bemerkt, kann man auf dem Lande, wo grössere Zentralwasserleitungen häufig noch fehlen, die Beobachtung machen, dass oft Brunnen wegen geringfügiger, leicht zu vermeidender Fehler beanstandet werden müssen, welche meist darauf beruhen, dass die ausführenden Handwerker zwar die technischen Kenntnisse haben, dass aber die gesundheitlichen Rücksichten aus Unkenntnis oft nicht ausreichend beachtet werden. Diesem abzuhelfen und die nötigen Anleitungen zu geben, ist der Zweck des vorliegenden Schriftchens. In knapper, klarer, leicht verständlicher Weise behandelt Verfasser zuerst die Eigenschaften und den Ursprung des Wassers, sodann die verschiedenen Brunnenarten, als Röhrenbrunnen, Pumpen etc., die Wasserleitung und endlich die Wasserreinigung.

Der praktische Gebrauch und das Verständnis des Buches werden dadurch erleichtert, dass der Stoff in Gestalt von Fragen und Antworten dargeboten und für die einzelnen Abteilungen Leitsätze gegeben werden.

Das kleine lehrreiche Buch kann daher den Medizinalbeamten

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sowie den Verwaltungsbeamten und Technikern bestens empfohlen werden. Steuernagel (Cöln).

Marcuse, Sexual-Probleme. (Jahrg. 5, 1909.)

Der vorliegende 5. Jahrgang der Zeitschrift für Sexualwissenschaft und Sexualpolitik bringt eine Reihe interessanter Aufsätze, die einzeln zu besprechen, bei weitem aus dem Rahmen eines kurzen Referates herausgehen würde. Aus der Fülle des Gebotenen möchte ich hervorheben die Aufsätze von Eisenstadt und Fischer über „Mutterschutzgenossenschaften", ferner noch einen Aufsatz des letzteren über „Verminderung der unehelichen Geburten", der vor allem in der sexuellen Aufklärung einen Hauptweg sieht, diesem Ziele näher zu kommen. Ich möchte ferner noch erwähnen die Abhandlung von Gaulcke, „Bordell und Strassenprostitution", von Qualitt „Erziehungsreform zur Erzielung besserer Ehemöglichkeit" und von Marcuse, „Frauenheilkunde und Frauenbewegung." Bemerkenswert ist die Abhandlung Noacks über „Das Sexualgift in der Volkskunst", sowie ein Aufsatz von Anna Pappritz „Wohnungselend und Geschlechtsnot", in dem die Verfasserin, um dem Wohnungselend und dem von ihm verschuldeten sexuellen Elend zu steuern, in sozialpolitischer Hinsicht ein Reichswohngesetz und eine Änderung des § 180 R.-St.-G.-B. fordert. Schliesslich möchte ich noch den interessanten Aufsatz von Thissing hervorheben: „Uneheliche und Vormundschaft". Peusquens.

Oeder, Die Fettpolsterdicke als Index des Ernährungszustandes bei Erwachsenen. (Mediz. Klinik 1910, Nr. 77 [281].)

Der Ernährungszustand des erwachsenen Menschen kann auf Grund der Fettpolsterdicke am Bauch in der Regel sicher beurteilt werden. Alters-, Längen- oder Geschlechtsunterschied üben dabei wohl einen kleinen, aber unerheblichen Einfluss aus. Deshalb kann auf die Fettpolsterdicke allein eine für alle brauchbare Nomenklatur gegründet werden, wobei es empfehlenswert ist, die drei Haupternährungsgruppen durch die Worte „mager", „normal", „fett" zu unterscheiden und diesen Gruppenbezeichnungen jedesmal die durch Messen festzustellende Zentimeterzahl der Bauchfettpolsterdicke als „Index" hinzuzufügen. Die Argumentationen des Verf., die durch eine Reihe graphischer Kurven illustriert sind, sind im Original nachzulesen. Ob die diffizile Methode freilich Eingang in die Praxis finden wird, erscheint dem Ref. mehr als zweifelhaft.

Boas (Berlin).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zickgraf, Über das nach der proportionellen Körperlänge bestimmte Normalgewicht. (Mediz. Klinik 1910, Nr. 32 [296].)

Verf. hat die Oedersche Berechnungsart des Normalgewichtes aus der Körperlänge zumeist bestätigt gefunden. Die Übereinstimmung beträgt 78,2 %, bei der Berechnung des weiblichen Normalgewichtes 87,5 %. Obgleich Oeder zu noch höheren Werten gelangte, hält Verf. schon diese Leistungsfähigkeit der Methode für ganz respektabel und befürwortet ihre Einführung in die Praxis mit dem Hinweis, dass sie von keiner der jetzt üblichen Methoden an Einfachheit und Exaktheit übertroffen werde. Boas (Berlin).

Siebelt, Kur und Körpergewicht. (Mediz. Klinik 1910, Nr. 15 [279].)

Verf. regt an, dem Körpergewicht und seiner exakten Messung während des Kuraufenthaltes in Zukunft mehr Beachtung zu schenken als bisher. Im allgemeinen kann die Gewichtszunahme als Steigerung des objektiven Wohlbefindens angesehen werden, mit Ausnahme einiger weniger Krankheiten, die, wie die Tuberkulose, mit anfänglicher Erhöhung des Körpergewichtes einhergehen. Indessen geht man im allgemeinen nicht fehl, den Effekt einer Kur nach dem Verhalten des Körpergewichtes bei Beginn und Beendigung derselben zu bemessen. Boas (Berlin).

Kirsch, Über plötzliche Todesfälle in den Kurorten. (Mediz. Klinik 1910, Nr. 11.)

Auf den rein klinischen Teil der Arbeit kann an dieser Stelle nicht eingegangen werden, sondern lediglich auf die hygienischen Betrachtungen, die Verfasser daran knüpft. Es ist eine bekannte Tatsache, dass Todesfälle während der Badekur auf die Angehörigen der Patienten und die übrigen Kur- resp. Hotelgäste einen überaus deprimierenden Eindruck machen und in gehäufter Zahl zur Misskreditierung des Badeortes führen können. Verfasser erachtet es für Pflicht des Arztes die Angehörigen in solch verzweifelten Fällen auf die Möglichkeit eines plötzlichen Exitus letalis schonend vorzubereiten. Des weiteren verlangt er, dass Kurgäste nur mit ärztlichem Erlaubnisschein die Heilmittel des Bades gebrauchen sollen. Ob man in dieser Hinsicht einen Zwang ausüben oder es lediglich bei einer Mahnung bewenden lassen soll, wagt Verfasser nicht in allgemeingültigem Sinne zu entscheiden.

Boas (Berlin).

Schubert, Über Höhenklima und Waldklima (Mediz. Klinik 1910, Nr. 18 [282].)

Der Effekt des Höhenklimas besteht in erster Linie in der Abnahme der Temperatur in Gebirgen, die pro Kilometer Erhebung

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

durchschnittlich 5,7—6° beträgt. Als zweiter Faktor ist der Taupunkt zu berücksichtigen, dessen Abnahme in Gebirgen ca. 5° auf 1 km beträgt. Demgegenüber ist der Einfluss des Waldes auf das Klima nach neueren Ermittelungen nur gering. Sie macht sich darin bemerkbar, dass im Bestande, im Strahlungs- und Windschutz der Bäume eine gewisse Ermässigung der Temperaturschwankungen und Vermehrung der Luftfeuchtigkeit eintritt. Boas (Berlin).

Orsi, Über die quantitative Bestimmung des Russgehaltes in der Luft. (Arch. f. Hyg., Bd. 68, Heft 1, S. 10—22.)

Seit den wichtigen Untersuchungen von Rubner über die Luft der grossen Städte steht eine Frage im Mittelpunkte des Interesses, die Verschmutzung durch die Bestandteile des Rauches, speziell durch den Russ.

Als geeignetste Methode empfiehlt Verf. eine, von Rubner ursprünglich zur Untersuchung der Abgase von Leuchtflammen angegebene, nämlich die Filtration durch Papier. Die genaue Darstellung der von Verfasser angegebenen Methode ist in der Arbeit einzusehen. Die Resultate fasst Verfasser folgendermassen zusammen:

1. Die Rubnersche Methode der Filtration durch Papier ist praktisch und leicht ausführbar für die quantitative Bestimmung des Russes; zu ihrer Ergänzung kann man mit Petroleumruss ein Colorimeter leicht herstellen und die Werte in diesem ausdrücken.

2. Eine genauere Ablesung kann man mit Hilfe des Weberschen Photometers erreichen, da die Helligkeit einer weissen Oberfläche in bestimmter Weise durch die Schwärzung mit verschiedenen Mengen Petroleumruss sich verändert.

3. Die Russmenge, die in der freien Luft enthalten ist, schwankt ziemlich stark, besonders mit der Witterung; der Regen, mehr als der Schnee, wirkt als Selbstreinigungsursache; der Nebel hält den Schmutz fest.

4. Konstanterweise ist absolut und relativ der Russgehalt am Morgen am grössten.

5. Die Industrie spielt in Berlin bei der Luftbeschmutzung eine wichtige Rolle. Mastbaum (Cöln).

Orsi, Über die Flugfähigkeit des Staubes. (Arch. f. Hyg., Bd. 68, Heft 1, S. 22—54.)

Die Untersuchungen, die über die Flugfähigkeit des Staubes und besonders des gewerblichen Staubes gemacht werden, sind von wichtiger hygienischer Bedeutung, weil von ihnen die hauptsächlichsten Regeln, an welche man sich für die Gesundheit der Arbeiter halten muss, abhängen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Verfasser stellte seine Versuche im Hygienischen Institut in Berlin an und kommt zu folgenden Schlussfolgerungen:

Die wichtigste Rolle bei der Flugfähigkeit spielen die inneren Eigenschaften der Staubkörnchen und zwar in folgender Reihenfolge: Grösse der Körnchen, aus welchen der Staub besteht, das spezifische Gewicht der Stoffe, die Oberfläche der Körnchen und der Wassergehalt der Substanz. Diese Eigenschaften sind so wichtig, dass von verschiedenen Staubarten mit demselben spezif. Gewicht oder mit derselben Oberfläche der Körnchen, die, welche die zahlreichsten kleinsten Körnchen enthalten, am leichtesten fliegen, bei kleinerer Grösse der Körnchen, die mit kleinerem spezif. Gewicht.

Die Flugfähigkeit ist nicht streng proportional zu diesen Eigenschaften, eine von diesen, besonders die wichtigste, kann alle anderen Schwierigkeiten überwinden. Auch die Luftbedingungen und besonders die Luftgeschwindigkeit beeinflussen die Flugfähigkeit des Staubes. Scheinbar beschleunigt die Schnelligkeit des Luftstromes merklich die Fallgeschwindigkeit der Körnchen.

Die Fallgeschwindigkeit der kleinsten Körnchen ist sehr gering, deshalb können sie lange schwebend in der Luft bleiben.

Mastbaum (Cöln).

Beythien, Über die zur Bekämpfung der Staubplage empfohlenen Präparate. (Zeitschr. f. Unters. d. Nahr.- u. Genussmittel, 1910, Heft 4.)

Nach Ansicht des Verfassers sind die Gründe, welche zu einer Bekämpfung des Staubes zwingen, ganz wesentlich gesundheitlicher Natur. Er führt hierzu eine grosse Anzahl von Versuchen und Quellen an, welche zur Erhärtung dieser Ansicht dienen.

Er beschäftigt sich sodann mit den verschiedenen Mitteln, welche zur Bekämpfung des Strassenstaubes dienen, sowie mit den Staubbindemitteln für Innenräume und gibt hieran anschliessend eine Anweisung über das Ölen der Holzfussböden in den städtischen Schulen.

Seine Mitteilungen stützen sich auf die Erfahrungen im chemischen Untersuchungsamte der Stadt Dresden und können allen Kreisen, welche sich mit der Staubfrage beschäftigen, angelegentlich empfohlen werden. Steuernagel (Cöln).

am Ende, Der Strassenstaub und seine Bekämpfung. (Dresden 1910. Selbstverlag.)

Verfasser untersucht die Schäden des Strassenstaubs in hygienischer Beziehung und beschreibt die Verfahren, welche in den einzelnen Ländern zur Ausführung gekommen sind und deren Bewährung in übersichtlicher und klarer Weise. In einzelnen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Punkten widersprechen die Angaben den neuesten Berichten, wie z. B. über die in England gemachten Erfahrungen. Gerade auf dem Kongress in Brüssel wurden die günstigen Resultate von den englischen und amerikanischen Ingenieuren in das hellste Licht gestellt. Auch bezüglich der in Basel mit Oberflächenteerung mit gewöhnlichem Gasteer erzielten Ergebnisse liegen zahlreiche sehr günstige Mitteilungen vor. Ob das vom Verfasser besonders empfohlene Apokonin dem Gasteer vorzuziehen ist, müsste wohl noch durch längere Praxis erwiesen werden. Aller Rohgasteer, wie derselbe in den Gasfabriken anfällt, hat ja allerdings je nach der verwendeten Kohle und je nach dem Vergasungsprozess einen anderen Gehalt an Ölen und Bitumen (Pech). Dieser muss je nachdem durch Zusätze beeinflusst werden und sind bezüglich der besten Zusammensetzung in England und Amerika sowie durch die rheinische Provinzialverwaltung, die Stadt Cöln etc., bereits interessante Versuche angestellt worden. Steuernagel (Cöln).

Guglielminetti, Über die Verminderung der Staubplage auf den öffentlichen Strassen. (Techn. Gemeindebl. 1910, Nr. 23.)

Der bekannte Vorkämpfer in der Staubbekämpfungsfrage Dr. G. äusserte sich in der Versammlung der technischen Oberbeamten deutscher Städte zu Zürich über den Stand derselben kurz wie folgt: Dass sich die Verwendung von Steinkohlenteer für die Makadamstrassen unter gewissen Bedingungen sehr empfiehlt, ist eine abgeschlossene Tatsache. Es handelt sich nun um die Frage, ob Oberflächen- oder Innenteerung. Die erstere hat sich im Grossen und Ganzen insbesondere in Frankreich und Deutschland wirtschaftlich bewährt und ist auch die Befürchtung, dass durch dieselbe die Bäume und Pflanzungen leiden würden, nicht eingetreten. Es sind indes auch an einzelnen Orten wie z. B. in Zürich keine besonders günstigen Resultate erzielt worden, und ist man dieserhalb dorten der Innenteerung, insbesondere nach dem System Aeberli näher getreten, welches in Zürich seinen Sitz hat. Die Erfahrungen können indes nach den Angaben des Ingenieurs Schlapfer-Zürich noch nicht als abgeschlossen bezeichnet werden.

Letzteres gilt auch von den Versuchen mit Aeberlimakadam, welche in Frankfurt und von der Rheinprovinz ausgeführt worden sind. Steuernagel (Cöln).

---

1) Bezüglich der Schädlichkeit des Staubes der Teerstrassen auf den Pflanzenwuchs sind bekanntlich neuerdings von dem Direktor der Bois de Boulogne zu Paris grosse Bedenken erhoben worden und dürfte diese Tatsache zu weiteren Erhebungen in dieser Frage führen. Techn. Gemeindebl. 1910, Nr. 15.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Fischer, Hohn und **Stade, Die Ruhrepidemie des Jahres 1909 in Essen.** (Klin. Jahrb. Bd. 23.)

Im ersten Teil berichtet Fischer über das vom Standpunkt des Sanitätsbeamten Bemerkenswerte dieser Epidemie. Er ist mit emsigen Fleiss in dem dicht bevölkerten Arbeiterviertel der Fabrikstadt den oft recht verschlungenen Pfaden der Seuche gefolgt, wobei er hier und da ihre Spur auch gänzlich verlor. Aus seinen Ausführungen gewinnt man den unabweisbaren Eindruck, dass auch diese verhältnismässig bösartig (von 96 Fällen starben 14 = 14,58%) verlaufene Attake der gefährlichen Plage im Grunde wohl lediglich auf die zum Teil noch jeder Hygiene spottende Lebensweise der grossstädtischen Arbeiterbevölkerung und deren absolute Verständnislosigkeit für den Begriff Reinlichkeit zurückzuführen ist. Da ist wirklich „noch ein weites Feld" für Volksbeglücker.

Im 2. Teil der Arbeit berichtet der Bakteriologe über seine Züchtungergebnisse: es wurde meist der Bazillus Shiga-Kruse, nur einmal der Bazillus Flexner und zweimal der Bazillus Y. (Ypsilon) gefunden. In einigen Fällen konnte der Erreger aus dem Stuhl nicht gezüchtet werden, und man musste sich auf die Agglutination beschränken. Benutzt wurden zur Identifizierung der Stämme die verschiedenen Zuckeragarplatten. Einmal wurde auch in einem Abwasser der Shiga-Kruse-Bazillus mit grösster Wahrscheinlichkeit nachgewiesen.

Zum Schluss behandelt Stade kurz den klinischen Teil. Neben den typischen Darmerscheinungen trat die Beeinflussung der Herztätigkeit am meisten in den Vordergrund. Eine häufige Komplikation waren Augenbindehautkatarrhe, einmal wurde eine sehr hartnäckige doppelseitige Kniegelenkentzündung gesehen. Manche Kranke zeigten bei der Genesung eine auffallende Bradykardie, die Verfasser als spezifische Dysenterietoxinwirkung anspricht. Vergrösserung der Milz wurde nie gesehen. Die Schwere des Krankheitbildes war ausserordentlich wechselnd, was neben der individuellen Empfänglichkeit wohl auf eine verschiedene Virulenz der Erreger zurückgeführt werden muss. Die Infektionen mit dem Flexner- und Y-Typ verliefen viel leichter, so dass man sie fast klinisch schon von den Shiga-Kruse-Ansteckungen zu trennen gelernt hatte. In therapeutischer Hinsicht war die Diät das wichtigste; zunächst wurden nur Haferschleim und Reiswasser gegeben, doch man musste häufig sehr bald freigebiger sein, um dem drohenden Kräfteverfall vorzubeugen.

Mit dem von Schottelius hergestellten Serum konnten keine Erfahrungen gemacht werden, die zu einem endgültigen Urteil berechtigen. Schädigungen kamen bei dieser Behandlungsweise nicht vor. Recht gute Dienste leistete in den ersten Tagen das

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Calomel in grösseren Gaben. In den späteren Stadien wurden Adstringentien, auch in Form der von Cantani angegebenen 0,5% Tannineinläufe, angewandt. Beltz (Cöln)

Niepraschk, Beitrag zur Kenntnis der Verbreitung des Typhus durch Dauerausscheider. (Zeitschr. f. Hyg. u. Inf., Bd. 64, Heft 3.)

In den neuerbauten Artilleriekasernements von Wesel waren in den Jahren 04 bis 08 im ganzen 31 Typhuserkrankungen vorgekommen, ohne dass es gelungen war, die Infektionsquelle zu finden. Der Verfasser war mit den diesbezüglichen Untersuchungen beauftragt und es gelang ihm, in einem — anscheinend ganz gesunden — Sergeanten einen Dauerausscheider festzustellen, in dessen Urin er fast eine Reinkultur von Typhusbazillen fand. Verfasser erörtert die Möglichkeiten, wie die Infektion durch den Urin des Sergeanten vor sich gegangen sein kann. — Der Sergeant wurde mit Hexamethylentetramin, Hetralin und Borovertin behandelt. Während die beiden ersteren Mittel das gute Allgemeinbefinden des Mannes in keiner Weise beeinträchtigten, dafür aber den Typhusbazillengehalt des Urins nicht zum Schwinden bringen konnten, bewirkte das allerdings in sehr grossen Dosen gereichte Borovertin eine sichtbare Verschlechterung des Allgemeinbefindens, jedoch wurde und blieb der Urin frei von Typhusbazillen. — — Nach Genesung des Sergeanten ist ein weiterer Typhusfall in den Weseler Artilleriekasernements nicht mehr vorgekommen.

Peusquens.

Fornet, Beiträge zur Physiologie der Typhusverbreitung. (Zeitschr. f. Hyg. u. Inf., Bd. 64, Heft 3.)

Verfasser konstatiert einen Rückgang der Typhus- und Paratyphus-Morbidität und Mortalität. In 3 Diagrammen demonstriert er eine Reihe von Typhusortschaften und Typhuserkrankungen und zeigt, dass die Industrieorte häufiger heimgesucht werden, als die Landortschaften. Er zeigt ferner, dass die Typhusmorbidität in den späteren Sommer- und Herbstmonaten ansteigt, und dass sich gerade auf dem Lande noch mehr als in der Stadt die Erkrankungen in diese Jahreszeit zusammendrängen; ferner, dass absolut mehr männliche, wie weibliche Individuen, mehr Erwachsene wie Kinder an Typhus erkranken und dass ausserdem die Erkrankungsziffer bei den Männern im Sommer unverhältnismässig höher ansteigt, als bei den Frauen. Verfasser spricht dann kurz über das Wesen des Bazillenträgertums und geht dann zum Schluss noch kurz auf den Paratyphus ein, wobei er zeigt, dass unter den Paratyphusträgern im Gegensatz zu den Typhusträgern mehr männliche als weibliche Personen sich befinden, dass ferner die

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Paratyphusmorbidität die für den Typhus charakeristische sommerliche Steigerung nicht mitmacht und dass auch die bei Typhus beobachtete stärkere Beteiligung der männlichen Personen und der Erwachsenen sich beim Paratyphus nicht wiederfindet.

Peusquens.

Heuser, Zur Frage nach der Pathogenität der beim Menschen, bei Tieren und in gesund aussehenden Fleischwaren nachgewiesenen Bakterien der Enteritisgruppe. (Zeitschr. f. Hyg. u. Inf., 65. Bd., Heft 1.)

Um die Wirkung einer künstlichen Tierpassage bei Bakterien der Enteritisgruppe zu prüfen, wählte Verfasser verschiedene Vertreter der Hogcholeragruppe. Als geeignetste Versuchstiere erwiesen sich ihm die weissen Ratten. Er konnte beobachten, dass durch die Tierpassage bei Bakterien der Hogcholeragruppe eine deutliche Anpassung an weisse Ratten und Virulenzsteigerung eintrat. Mit der beobachteten Pathogenitätssteigerung durch Tierpassage geht auch eine Virulenzsteigerung Hand in Hand, dagegen sinken Tierpathogenität und Virulenz gleichzeitig, wenn die Enteritisbakterien unter ungünstigen Lebensbedingungen (z. B. in der künstlichen Kultur) gehalten werden. Die in die Nährmedien abgegebene Toxine und Endotoxine scheinen das Zustandekommen der Infektionen mit Bakterien der Enteritisgruppe zu erleichtern. Ungeeignete Ernährung, äussere Schädigungen üben einen disponierenden Einfluss auf ein empfängliches Individuum aus und ebnen so auch bei schwer empfänglichen Arten der Paratyphusinfektion den Weg.

Peusquens.

Langermann, Untersuchungen über den Vorgang der „Selbstreinigung", ausgeführt am Wasser des Giessener Volksbades. (Zeitschr. f. Hyg u. Inf., Bd. 64, Heft 3.)

Verfasser hat bei seinen Untersuchungen, wie andere Untersucher, die merkwürdige Tatsache feststellen können, dass der Keimgehalt in dem Schwimmbassin des Giessener Volksbades am 1. und 2. Tag zunehme, am 3. und 4. Tag jedoch abnehme. Auf Grund seiner Beobachtungen und experimentellen Versuche glaubt er den Grund hierfür darin finden zu können, dass die Bakterien von den Infusorien vernichtet werden und dass der Keimrückgang mit dem Anwachsen der Infusorien zusammenfällt.

Peusquens.

Soehla, Über die Desinfektionswirkung des Bügelns in der Prophylaxis von Infektionskrankheiten. (Arch. f. Hyg., Bd. 70.)

Verfasser kam bei dem Bestreben, seine Kleidung nach dem Besuch eines jeden Infektionskranken nach Möglichkeit zu des-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

infizieren, auf die Idee, sich des Bügeleisens zu diesem Zweck zu bedienen. Seine Versuche beweisen die vorzügliche keimtötende Kraft dieses altehrwürdigen Hausfrauengerätes. Verf., der früher nie zwei von verschiedenen ansteckenden Krankheiten Befallene im gleichen Gewande besuchte und so nach einem Masernbesuch sich erst zu Hause in den Scharlachdress werfen musste, begnügt sich jetzt damit, sich seinen Leinwandmantel im Hause des jeweiligen Patienten nach der Untersuchung ausbügeln zu lassen. Beltz (Cöln).

Uyama, Tsuruki, Ostida, Matsudi, Über die Schnell- und Massendesinfektionsmethode mit Formalin-Wasserdampf, das japanische Verfahren. (Zeitschr. f. Hyg. u. Inf., 58. Bd., 3. Heft, S. 465—479.)

Während der Tätigkeit der japanischen Militärquarantäne im Kriege 1904/05 hat eine Schnell- und Massendesinfektionsmethode mit Formalinwasserdampf, das sog. japanische Verfahren, in der Desinfektionspraxis die Hauptrolle gespielt. Es war dies ein Verfahren, das den verschiedensten Anforderungen an die Quarantäneanstalten gerecht werden musste. Zunächst musste es für die vielen Wintersachen, auch Pelzsachen, unschädlich sein, und zweitens mussten die Gegenstände ebenso schnell desinfiziert werden wie die Personen, denen sie angehörten, und die gleichzeitig mit desinfiziert wurden. Verf. skizzieren den Verlauf der diesbezüglichen Untersuchungen und wurde folgendes Verfahren als empfehlenswert erprobt:

Die zu desinfizierenden Objekte werden je nach dem Zustande derselben entweder geteilt oder aufgehäuft ins Zimmer gebracht, auf dasselbe gelegt oder gehängt, so dass zwischen den einzelnen Objekten und längs der Wände ein Spielraum übrigbleibt. Die Türen werden fest verschlossen. Der Dampf wird hineingeleitet unter Kontrolle der Temperatur, bis diese 60° erreicht (Vorwärmung). Ein Liter Formalin wird nun mittels des Dampfstromes ins Zimmer eingeführt, während die bis dahin offengebliebene Luftausflussröhre jetzt geschlossen wird. Der Dampf wird nun weiter eingeleitet, bis die Desinfektionszeit vorüber ist, oder bis die innere Temperatur 65° überstiegen hat. Durch das Ventil an der Dampfröhre kann die Temperatur leicht reguliert werden, so dass sie immer eine Höhe von 60—65° beibehält. Nach Beendigung der Desinfektion werden 500 g 25%ige Ammoniaklösung mittels des Sprayapparates ins Zimmer gebracht, um das vorhandene Formaldehyd zu neutralisieren. Die Türen werden geöffnet und die desinfizierten Gegenstände herausgeholt. Das kondensierte Wasser wird durch ein Loch am Fussboden entleert. Mastbaum (Cöln).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Verzeichnis der bei der Redaktion eingegangenen neuen Bücher etc.

Blume, Dr. J., Leitfaden für die erste Hilfe bei Unglücksfällen. 2 Hefte. Karlsruhe 1911. G. Braun'sche Hofbuchdruckerei. Preis 1.— M.

Kirstein, Dr. Fr., Grundzüge für die Mitwirkung des Lehrers bei der Bekämpfung übertragbarer Krankheiten. 2. Aufl. Berlin 1911. Jul. Springer. Preis 1.60 M., gbd. 2.— M.

Medizinalarchiv für das Deutsche Reich. Hrsg. von Kurt von Rohrscheidt. I. Jahrg., Heft 4. Preis pro Jahrg. (4 Hefte) 12.— M.

Sobernheim, Prof. Dr. G., Leitfaden für Desinfektoren. 2. Aufl. Halle 1911. C. Marhold. Preis 40 Pf.

Sobotta, J., Die neuesten Ergebnisse der Paläontologie des Menschen und das Abstammungsproblem der heutigen Menschenrassen. Würzburg 1911. Kurt Kabitzsch. Preis 1.50 M.

Witthauer, Dr. K., Leitfaden für Krankenpflege im Krankenhause und in der Familie. 4. Aufl. Halle 1911. C. Marhold. Preis gbd. 2.— M.

Zikel, Dr. H., Die Heilung der Syphilis und die überraschenden Heilerfolge durch Salvarsan (Ehrlich-Hata 606). 5. Aufl. Berlin 1911. Medizin. Verlag Schweizer & Co. Preis 1.80 M.

NB. Die für die Leser des „Centralblattes für allgemeine Gesundheitspflege" interessanten Bücher werden seitens der Redaktion zur Besprechung an die Herren Mitarbeiter versandt und Referate darüber, soweit der beschränkte Raum dieser Zeitschrift es gestattet, zum Abdruck gebracht. Eine Verpflichtung zur Besprechung oder Rücksendung nicht besprochener Werke wird in keinem Falle übernommen; es muss in Fällen, wo aus besonderen Gründen keine Besprechung erfolgt, die Aufnahme des ausführlichen Titels, Verlegers und Preises an dieser Stelle den Herren Einsendern genügen.

Die Verlagsbuchhandlung.

Generated on 2019-12-14 17:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA

Kathreiners Malzkaffee

Seit 20 Jahren bewährt

Frei von schädlichen Nebenwirkungen

Ein vorzügliches Unterstützungsmittel beim Gebrauch von Brunnenkuren.

H. Bürger's Digestivsalz.

Seit **über 30 Jahren** glänzend bewährt durch seine vorzüglichen **diätetischen** Eigenschaften bei allen Verdauungsstörungen, besonders **schwache Verdauung** usw. — Von überraschender Wirkung bei allen Belästigungen, die aus dem Genusse **schwer verdaulicher Speisen** entstehen. — Bewährt bei **Frauen** zu Beginn und während der Schwangerschaft gegen **Erbrechen, Uebelsein, Verstopfung.** Unentbehrlich für Leute mit sitzendem Lebensberufe. Ersatz für natürliche Bitterwässer. — Absolut frei von schädlichen Bestandteilen, Zusammensetzung auf jeder Flasche angegeben.

Generalvertrieb durch A. Feldhofen, Bad Neuenahr.

Depots: **Berlin,** Elefantenapoth. a. Dönhoffplatz; Königin Louisenapoth., Bülowstr. 18. — **Frankfurt a/M.,** Rosenapoth. a. Salzhaus. Broschüren u. Proben durch **A. Heimbürger Nachf., Münster i/W.**

Verlag von Martin Hager in Bonn.

Soeben erschien in meinem Verlage:

Eduard Pflüger.

Ein Nachruf von **E. von Cyon.**

Mit einem Bildnis Pflügers.

Preis 1.— M.

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF IOWA

Generated on 2019-12-14 17:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zur Kenntnis der Epidemiologie der akuten epidemischen Kinderlähmung.

Von

Prof. Dr. Paul Krause (Bonn).

Mit 5 Kurvenfiguren

Das Auftreten der Kinderlähmung in epidemischer Weise hat unsere Kenntnisse nicht bloss in klinischer, sondern vor allem auch in epidemiologischer Weise sehr beträchtlich vermehrt. Ich will versuchen, dasjenige, was wir über die Epidemiologie wissen, in kurzen kritischen Zügen zusammenzufassen.

Die epidemische Kinderlähmung ist den Ärzten erst seit den klassischen Arbeiten von Jakob von Heine bekannt geworden, welcher in zwei Monographien 1840 und 1860 in treffender Weise seine Erfahrungen niedergelegt hat. Zweifellos handelt es sich natürlich um eine Krankheit, welche auch früher vorgekommen ist. Die Nachrichten und Beschreibungen vor 1840 sind spärlich und wenig exakt, so dass kein Zweifel bestehen kann, dass Jakob von Heine als der Entdecker der Krankheit zu bezeichnen ist.

In seinem Werke über Lähmungszustände der unteren Extremitäten und deren Behandlung gibt er folgendes Bild der Symptomatologie: „Gesund und gerade geborene, meist blühend aussehende Kinder im Alter von 6—30 Monaten, ausnahmsweise etwas darüber, erkranken, nachdem sie bis dahin sich einer ungetrübten Gesundheit zu erfreuen hatten, entweder mit oder ohne vorhergegangenen Andeutungen von Unpässlichkeit, Verdrehen der Augen, plötzlich unter den Erscheinungen von Hitze, kongestionellen und irritativen Zuständen, Fieber, Durst, Verdriesslichkeit, Schreien, Schläfrigkeit ohne wirklichen Schlaf, und da, wo das Zahngeschäft im Spiele ist, mit den übrigen Erscheinungen von Dentitio difficilis sowie auch zuweilen unter den Symptomen von ungestörtem Verlauf akuter exanthematischer Krankheitsprozesse. Bald hierauf brechen nun Konvulsionen leichteren und stärkeren Grades aus, die sich in kürzeren oder längeren Intervallen wiederholen. In anderen Fällen tritt die Krankheit ohne die angeführten Symptome plötzlich mit Konvulsionen oder Übelkeit, Zusammensinken des Körpers, Schaum vor dem Mund und Nase, Blauwerden auf. Manchmal fehlen indessen auch alle diese Erscheinungen oder sind nur in ganz geringem Grade zugegen und die Lähmung stellt sich gleichsam ganz unbemerkt ein. Im weiteren schildert er das allmähliche Nachlassen dieser Symptome und das Auftreten von

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:41 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Lähmungen, und zwar meistens Lähmungen der unteren Extremität, beider Arme usw. Selbst der Thorax zeigt paralytische Schwäche, anfangs seien die Lähmungen heftiger, nach einiger Zeit kehren sie auf mildere Grade zurück. Schwäche in den Funktionen der Blase und des Mastdarmes sei nur ausnahmsweise beobachtet.

Hinsichtlich des Geistes und der Sinnesfunktionen führt er an, dass sie auf keinerlei Weise getrübt sind. „Die meisten Patienten sind von stiller und sanfter Gemütsart, einige davon verraten sogar Talente." Trotz aller Mühe konnte Heine keine Sektionen irgendeines an Kinderlähmung verstorbenen Kindes erhalten. Aus seinen klinischen Beobachtungen aber schliesst er, dass dem Übel eine Affektion des Zentralnervensystemes, namentlich des Rückenmarkes, und zwar irritativer und kongestioneller Art, zugrunde zu legen sei, die sich sofort bei dem höchst akuten Verlauf, analog dem Hydrocephalus acutus, mit Rückenmarkserguss, und zwar meistens wässeriger oder „wässerlich lymphatischer" Art geendigt und so plötzlich die Paralyse herbeigeführt zu haben scheint. Heine glaubt, dass die Dentationsperiode nicht selten als krankheitserregende Ursache zu betrachten sei.

In der zweiten Auflage seiner Monographie vom Jahre 1869, welche unter dem Titel „Spinale Kinderlähmung" erschienen ist, ergänzt Heine an Hand eines bedeutenden und klinisch wertvollen Materials seine 20 Jahre vorher ausgesprochenen Ansichten. Er weist darauf hin, dass man gleich von Anfang an zwei Stadien, ein primäres akutes Stadium und ein sekundäres chronisches Stadium auseinander halten müsse. Das zweite sekundäre Stadium würde eingeführt durch das Zustandekommen der Lähmung, der Turgor vitalis ist vermindert, Haut und Muskulatur schlaff und weich, frei von Kontraktur, die Empfindung ist normal, bei intensiverem Verlaufe der Krankheit etwas abgestumpft, die Lähmungserscheinungen gehen allmählich zurück, bis die Verminderung der Lähmungserscheinungen in 4—6 Wochen ihre Grenze erreicht hat. Die jetzt zurückbleibende Lähmung wird dauernd. Es entsteht allmähliche Atrophie. Die weiteren sekundären Folgen des zweiten Stadiums treten ein, sukzessive Abnahme der Eigenwärme in den paralysierten Gliedmassen, Schwinden der vorhandenen Fett- und Muskelmasse, Bildung der Kontrakturen und Deformitäten, das Längenwachstum der gelähmten Glieder schreitet zwar vorwärts, es entsteht hier jedoch eine Verkürzung von 1—4 Zoll dem gesunden Glied gegenüber. Stuhlgang und Urinsekretion sind dem Willen nicht entzogen. Die Menstruation erleidet keine Beeinträchtigung. Geistes- und Sinnesfunktion bleibt intakt. Über das chemische Verhalten des Harnes sagt Heine, dass bei regstem Muskelschwund nicht unbedeutende Kalkabscheidungen im Harn nachgewiesen worden sind. Unter den 192 Fällen von Kinderlähmung, welche er beobachtete, sind im ganzen 158 von Paralysis infantilis spinalis, und zwar

37 Fälle von	Paraplegie	17 männliche,	20 weibliche
34 „	„ Hemiplegie	18 „	16 „
84 „	„ partiellen Lähmungen	44 „	40 „

ausserdem zwei Fälle von Lähmung eines Armes und eine paralytische Lordose.

Das Auftreten der Kinderlähmung als Epidemie erwähnt bereits Jakob von Heine. Er führt eine Mitteilung von Colmann an, der ein „epidemisches Auftreten der Poliomyelitis" beobachtet haben will (II. Aufl. seiner Monographie, S. 27).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:42 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Eingehende Studien in der Weltliteratur haben mir die Tatsache ergeben, dass die epidemische Kinderlähmung in gehäufter Weise auch in früheren Dezennien vielfach beobachtet worden ist. Systematische Untersuchungen über die Epidemiologie wurden aber erst in den letzten 30 Jahren möglich. Strümpell hat auf Grund von drei Fällen, welche er in der Nähe von Erlangen beobachtete, scharf ausgesprochen, dass er die Kinderlähmung für infektiös hielte. Bergenholtz beobachtete im Jahre 1881 im nördlichen Schweden wohl die erste einwandsfreie Epidemie von 18 Fällen, über die er einen ausführlichen Bericht erstattete (nach Wickman). Im Jahre 1887 wurde aus Norwegen über fünf ungefähr gleichzeitig aufgetretene Lähmungsfälle von Oxholm berichtet.

Die folgenden zwei ausführlichen Tabellen geben Auskunft über das gehäufte Auftreten der Kinderlähmung in zeitlicher und geographischer Beziehung: auf Vollständigkeit können sie nicht Anspruch erheben, immerhin gewähren sie eine gute Übersicht.

Zusammenstellung von gehäuftem Auftreten von Kinderlähmung (zeitlich geordnet).

Jahr	Name des Landes	Ort und Zahl der Fälle	Autor
1841	Amerika	Feliciani 10	Colmer
1868	Norwegen	Söndre Odalen 14	Ch. Bull
1881	„	Umsa 18	Bergenholtz
1884	Italien	Arenzano (einige Fälle)	Luciani
1885	Frankreich	Sainte-Foy-l'Argentière près Lyon 13	Cordier
1886	Norwegen	Mandal 5	Oxholm
„	Deutschland	Jena 5	Briegleb
„	„	Erlangen 3	Strümpell
1887	Schweden	Stockholm 44	Medin
1893	Frankreich	Umgebung von St. Girons 7	André
1894	Amerika	Otter-Creekvalley (Vermont) 126	Caverly-Mac Phail
„	„	Massachusetts (kleine Epid.)	
1895	Schweden	Stockholm 21	Medin
„	Frankreich	Toulouse (einige Fälle)	André
„	Italien	Padua 26	Cerevisato
„	„	Montesportoli b. Florenz 7	Pierracini
„	Australien	Port Lincoln	
1896	Amerika	Alabama (kleine Epidemie)	Bondourant
„	„	Maine (kleine Epidemie)	Taylor
„	England	Grafschaft Essex 7	Pasteur
„	Spanien	Stadt Valles 8	Roset
1897	Norwegen	Familien-Epidemie 3	Hansen-Harbitz
„	England	London 4	Buzzard

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:42 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Jahr	Name des Landes	Ort und Zahl der Fälle	Autor
1898	Amerika	New-York 4	Taylor
„	Italien	Conegliani 9	Fabris
„	Österreich	Wien 42	Zappert-Neurath
1899	Italien	Conegliani 13	Fabris
„	Norwegen	Bezirk Bratsberg 54	Leegaard
„	Amerika	Poughkeepsie 7	Chapin
„	„	Dutchess-County 17	Mackenzie
„	Deutschland	Frankfurt a. M. 9	Auerbach
1900	Amerika	Glocester (kleine Epidemie)	
1901	„	**San Francisco 55**	Newmark
1902	England	London (einige Fälle)	Batten
„	„	Cardiff (einige Fälle)	Stevens
1903	Schweden	Göteburg 20	Bergendal-Wickman
„	Norwegen	18 Fälle	Olaf Goldvin
„	Italien	Parma 26	Lorenzelli
1904	Norwegen	Bjugn 20	Platou
„	„	Auf der schwedisch-norwegischen Grenze 41	Nannestad
„	Australien	Sidney 49	
„	„	Brisbane 104	
1905	**Schweden**	**Grosse Epidemie 1036**	Wickman
„	**Norwegen**	**Grosse Epidemie 719**	Harbitz-Scheel
1906	Schweden	379 Fälle	
„	Norwegen	334 Fälle	
„	Holland	Winterswyk, Baalte	
„	**Amerika**	**New-York und Umgebung ca. 2500**	Starr, Sammelforschung
1907	„	Massachusetts 236	Lovett
„	„	Shenectady 29	Charles Clowe
1908	„	Massachusetts 136	
„	Australien	Victoria 135	
„	Deutschland	Heidelberg u. Umgebung 36	Hofmann
„	„	Kleine Epidemie b. Hamburg	Nonne
„	**Österreich**	**Wien 129**	
„	„	**Niederösterreich 137**	Zappert
„	„	**Oberösterreich 202**	„
1909	„	**Kärnten 130**	Langen und
„	„	**Steiermark 505**	Sammelforschung
„	**Deutschland**	**Grosse Epidemie im Ruhrbezirk, Rheinland und Westfalen ca. 2000**	Krause
„	„	Hessen-Nassau über 100	Müller
„	„	Breslau ca. 30	Förster
„	Holland	Leyden 24, Warmsweld 14	
„	England	Upminster 8	Treves
„	**Amerika**	**Nebraska 200**	
„	Frankreich	Paris und Umgebung	Netter
1910	Deutschland	Berlin	Baginsky
„	Schweiz		Hagenbuch

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:42 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zusammenstellung von gehäuftem Auftreten von Kinderlähmung (geographisch geordnet).

Name des Landes	Jahr	Ort und Zahl der Fälle	Autor
I. **Norwegen**	1868	Söndre Odalen 14	Ch. Bull
	1881	Umsa 13	Bergenholtz
	1886	Mandal 6	Oxholm
	1897	Familienepidemie 3	Hansen-Harbitz
	1899	Bezirk Bratsberg 50	Leegaard
	1898/9	Bergen 11	Looft
	1903	Lunner 18	Olaf Goldvin
	1904	Bjugn 24	Platou
	„	Hvaler 41	Nannestad
	1905	Grosse Epidemie 918	Harbitz-Scheel
	1906	334 Fälle	
	„	Lier 38	Pettersen
II. **Schweden**	1887	Stockholm 44	Medin
	1895	„ 21	„
	1899	„ 54	„
	1903	Göteburg 20	
	1905	Grosse Epidemie 1036	Wickman
	„	Bezirk Vaxjö 147	Lundgreen
	1906	379 Fälle	
III. **Deutschland**	1886	Jena 5	Briegleb
	„	Erlangen 3	Strümpell
	1899	Frankfurt a. M. 9	Auerbach
	1908	Heidelberg u. Umgebung 36	Hofmann
	„	Kleine Epidemie in Hamburg	Nonne
	1909	Grosse Epid. im Ruhrgebiet, Rheinl.-Westfalen ca. 2000	Krause
	„	Hessen-Nassau über 100	E. Müller
	„	Hannover 34	Eichelberg
	„	Schlesien über 50	G. Förster
	„	Vorpommern 51	Peiper
	1910	Berlin	Baginsky
IV. **Holland**	1906/7	Über die Niederlande disseminiert, Winterswyk, Raalte und Maaslins	
	1909	Leyden 24	
	„	Warmsweld 14	
V. **England**	1895	London, Familienepidemie 4	Buzzard
	1896	Grafschaft Essex, Familienepidemie 7	Pasteur
	1902	London, einige Fälle	Batten
	„	Cardiff, einige Fälle	Stevens
	1909	Upminster 8	Treves
VI. **Frankreich**	1885	Sainte-Foy-l'Argentière près Lyon 13	Cordier
	1893	Umgebung v. Saint-Girons 9	André

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:42 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Name des Landes	Jahr	Ort und Zahl der Fälle	Autor
	1895	Toulouse, einige Fälle	André
	1897	„ „ „	„
	1909	Paris und Umgebung 100	Netter
	1910	„ „ „	„
VII. Italien	1884	Arenzano, kleine Epidemie	Luciani
	1895	Padua 26	Cerevisato
	„	Montesportoli bei Florenz 7	Pierracini
	„	Genua 17	Bucelli
	1897	Conegliano 9	Fabris
	1898	„ 13	„
	1903	Parma 26	Lorenzelli
VIII. Spanien	1896	Stadt Valles, kleine Epidemie	Roset
IX. Österreich	1898	Wien 42	Zappert-Neurat
	1908/9	„ 129	Zappert
	„	Niederösterr., grosse Epid. 137	
	1909	Oberösterr., grosse Epid. 202	
	„	Steiermark 506	Langen
	„	Kärnten 130	„
X. Amerika	1841	Feliciani (Louisiana) 10	Colmer
	1894	Otter-Creekvalley im Staate Vermont 126	Caverly-Mac Phail
	„	Massachusetts	
	1896	Staat Alabama	Bondourant
	„	„ Maine	Taylor
	1897	New-York	„
	1899	Poughkeepsie (Vereinigte Staaten)	Chapin
	„	Dutchess-County (New-York)	Mac Kenzie
	1900	Glocester (Massachusetts)	
	1901	San Francisco 55	Newmark
	1906	Vorboten der grossen Epidemie in New-York 272	Collins-Bomeiser
	1907	New-York, grosse Epid. c. 2000	Starr und New-Yorker Komitee
	„	Massachusetts 236	Lovett
	„	Shenectady 29	Charles Clowe
	1908	Massachusetts 136	Loven
	1909	Nebraska 200	
XI. Australien	1895	Port Lincoln	
	1904	Sidney 49	
	1904	Brisbane 104	
	1908	Victoria 135	

Es mögen hier die mir nach amtlichen Berichten des Herrn Regierungspräsidenten bekannt gewordenen, gemeldeten Fälle von Kinderlähmung im Regierungsbezirk Arnsberg in tabellarischer Übersicht veröffentlicht werden; die Zahlen stellen Maximalzahlen da, sehr wahrscheinlich sind darunter eine Anzahl Krankheitsfälle, welche

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:42 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nicht dazu gehörten. Das wird allerdings reichlich dadurch kompensiert, dass Meldungen in den Monaten Juli und August überhaupt nicht oder nur unvollständig vorhanden sind, trotzdem bereits in diesen Monaten eine grosse Anzahl von Erkrankungen an Kinderlähmung erfolgt war.

Kinderlähmung im Regierungsbezirk Arnsberg bis 1. Januar 1910.

Name des Kreises	Zahl der Erkrankungen	Zahl der Todesfälle
Altena	40	3
Arnsberg	59	7
Bochum (Stadt)	54	3
„ (Land)	79	12
Brilon	11	1
Dortmund (Stadt)	55	4
„ (Land)	131	21
Gelsenkirchen (Stadt)	55	8
„ (Land)	62	6
Hagen (Stadt)	82	10
„ (Land)	71	16
Hamm (Stadt)	30	6
„ (Land)	47	4
Hattingen	73	5
Herne	16	2
Hörde	48	2
Iserlohn (Stadt)	29	3
„ (Land)	79	4
Lippstadt	44	3
Lüdenscheid	12	—
Meschede	13	1
Olpe	13	—
Schwelm	37	5
Siegen	60	4
Soest	65	5
Witten	30	4
Wittgenstein	13	2
Summa	1308	141

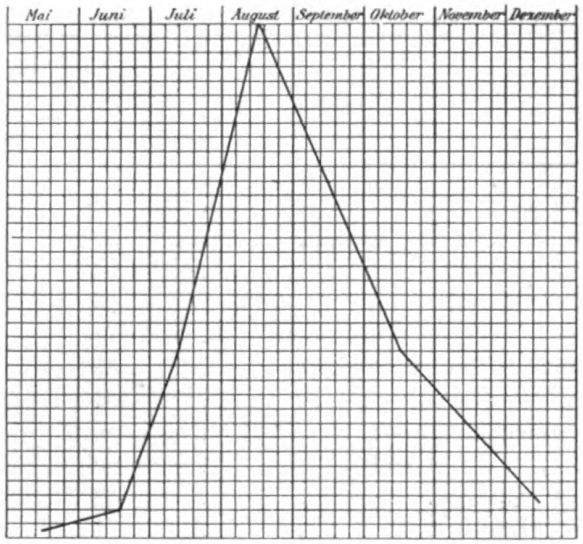
In epidemiologischer Hinsicht ist speziell die schwedische Epidemie von Wickman und die norwegische von Leegaard besonders gut beobachtet worden. Besonders durch die Arbeiten von Wickman sind unsere epidemiologischen Kenntnisse in sehr erheblicher Weise gefördert worden.

Die akute epidemische Kinderlähmung ist der Hauptsache nach eine Sommer- und Herbstkrankheit. Schon aus früheren Beob-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:42 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

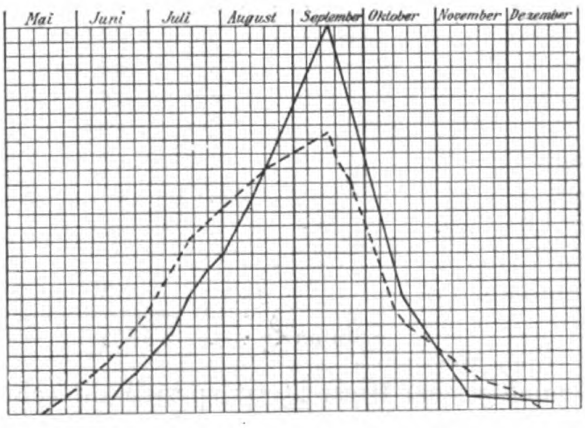
achtungen sporadischer Fälle wussten wir (Baumann), dass in Deutschland die Monate Juli bis September von dem Auftreten der Kinderlähmung in erster Linie bevorzugt wurden. In der schwedischen Epidemie zeigt es sich, wie die Kurve von Wickman

Nr. 1.



(Nr. 1) sehr instruktiv lehrt, dass die Monate Juli, August, September, Oktober die weitaus am häufigsten Fälle aufweisen.

Nr. 2.

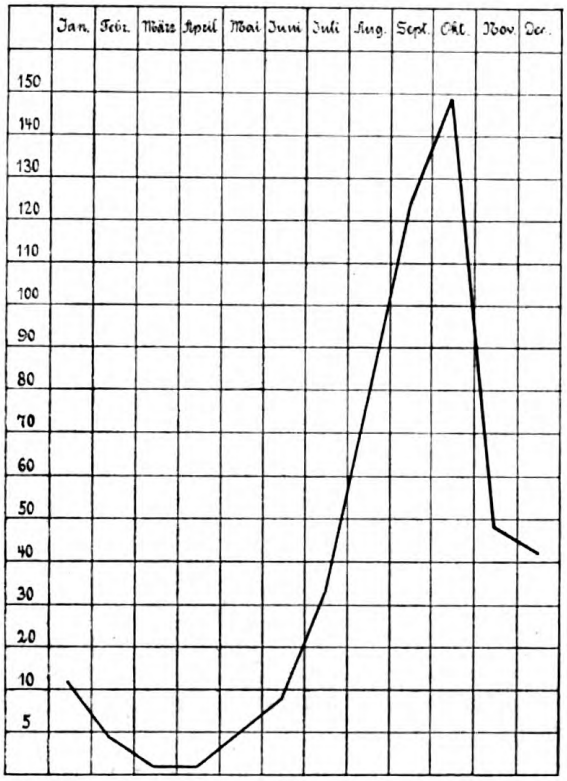


Den Löwenanteil hatte der Monat August. In New-York trat die grösste Anzahl der Fälle im Monat September auf. Kurve Nr. 2 zeigt den Verlauf der städtischen und ausserstädtischen Fälle in New-York. In der rheinisch-westfälischen Epidemie war die grösste Anzahl der Erkrankungen im Monat August, September,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:42 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

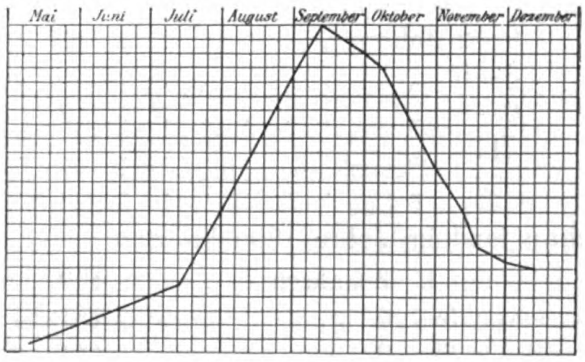
Oktober, wie Kurve Nr. 3 beweist. Auch die von Lovett mitgeteilte Kurve Nr. 4 aus Massachusetts zeigt, dass die Kinderläh-

Nr. 3.



mung vor allem in den Herbstmonaten vorkommt. Die meisten anderen Epidemien ergeben ähnliche Beobachtungen, so dass mit Recht

Nr. 4.



gesagt werden kann, die Kinderlähmung ist eine Sommer- und eine Herbstkrankheit.

Soweit unsere Kenntnisse reichen, scheint das Auftreten der

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:42 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

epidemischen Kinderlähmung von atmosphärischen Verhältnissen nicht beeinflusst zu werden. 1909, zur Zeit der rheinisch-westfälischen Epidemie, war die Temperatur in den Hauptmonaten des Vorherrschens der Epidemie nur mässig hoch. Die Regentage übertrafen die Sonnentage recht erheblich. Beziehungen zur Höhe des Grundwassers oder zu vorherrschenden Winden konnten nicht konstatiert werden.

Alter der an Kinderlähmung Erkrankten.

Die Mitteilung über die sporadischen, wie über die typischen Fälle lassen erkennen, dass die Kinderlähmung in den ersten drei Lebensjahren am häufigsten auftritt. Die Kurve Nr. 5 über die Verhältnisse in der rheinisch-westfälischen Epidemie beweist das Gesagte. Die New-Yorker Epidemie ergab folgendes:

Unter 1 Jahre	62	8— 9 Jahren	11
1—2 Jahren	221	9—10 „	7
2—3 „	180	10—15 „	14
3—4 „	106	15—20 „	5
4—5 „	63	20—25 „	1
5—6 „	28	über 30 Jahre	1
6—7 „	18	unbestimmt	23
7—8 „	11	jüngster Fall zwei Wochen alt.	

Medin stellte in der Stockholmer Epidemie 1899 folgende Verhältnisse fest:

0—2 Jahren	34	9—11 Jahren	1
3—5 „	12	21—23 „	3
6—8 „	1	24—26 „	1
		27—29 Jahren	1

In der Göteborger Epidemie vom Jahre 1903 verteilten sich die Fälle folgendermassen:

0—2 Jahren	11
3—5 „	5
6—8 „	2
17 „	1
24 „	1

Wickman fand im Jahre 1905 bis zu

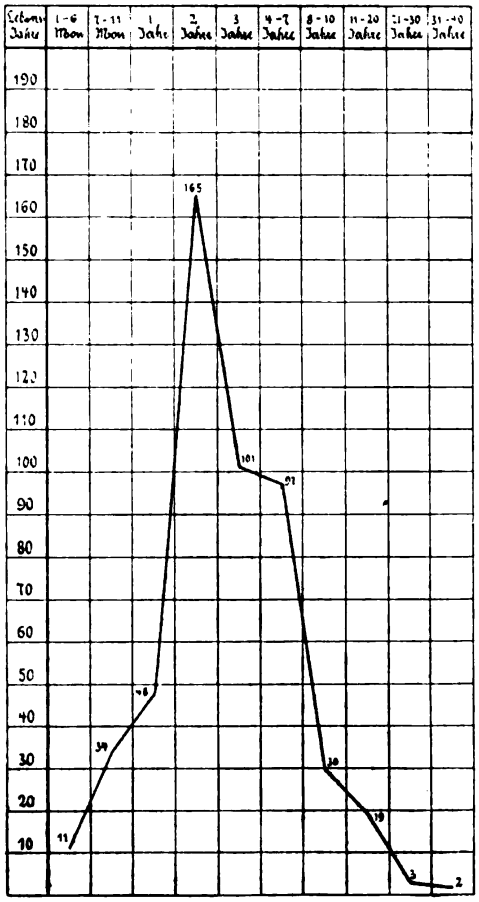
3 Jahren	169
von 3— 6 „	181
„ 6— 9 „	154
„ 9—15 „	165
„ 15 Jahren und mehr . .	199

4 von den letzteren waren über 50 Jahre alt.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:42 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Daraus geht demnach hervor, dass die akute epedemische Kinderlähmung wohl der Hauptsache nach eine Kindererkrankung ist, etwa wie die Masern, dass sie aber sehr wohl auch in dem höheren Alter vorkommt. Ich selbst beobachtete einen Patienten im Alter von 23 Jahren, einen im Alter von 25 und einen im Alter von 43 Jahren.

Nr. 5.



Die Kinderlähmung ist eine akute Infektionskrankheit; über das die Krankheit verursachende Virus wissen wir z. Z. folgendes:

1. Das Virus der akuten epidemischen Kinderlähmung ist übertragbar auf Affen. (Landsteiner und Popper u. a.)

2. Das Virus der akuten epidemischen Kinderlähmung ist übertragbar auf Kaninchen. (Krause und Meinicke u. a.)

3. Die Übertragung des Virus gelingt von Tier zu Tier durch mehrere Generationen. (Krause und Meinicke, Römer, Flexner, Leiner, Wiesner u. a.)

4. Das Virus ist enthalten im Gehirn und Rückenmark, in der Milz, in der Leber, im Blut, in der Lumbalflüssigkeit von an

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:42 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Kinderlähmung Verstorbenen; bei lebenden Kranken ist es in Blut und Lumbalflüssigkeit nachgewiesen worden. (Krause und Meinicke.)

5. Das Virus ist durch Tonfilter usw. filtrierbar. (Lentz, Berlin, Meinicke, Römer u. a.)

6. Die Übertragung auf die Tiere gelingt intraperitoneal, subdural, subkutan, per os, intranasal, intratracheal. (Landsteiner und Popper, Krause und Meinicke, Flexner, Römer, Leiner und Wiesner, Landsteiner und Levaditi u. a.)

7. Das Virus ist glyzerinbeständig. (Flexner, Römer, Meinicke.)

8. Das Virus ist mit den uns s. Z. bekannten Methoden nicht sichtbar und nicht kultivierbar.

Krankheitsbild der akuten epidemischen Kinderlähmung.

In den allermeisten Fällen kann man in dem Krankheitsbilde der akuten epidemischen Kinderlähmung folgende mehr oder minder abgegrenzte Stadien unterscheiden:

1. das Stadium der Allgemeinerscheinungen;
2. das Stadium der Lähmung;
3. das Stadium der Rückbildung.

Hier sei nur kurz das **Stadium der Allgemeinerscheinungen** geschildert.

Fälle, welche ganz plötzlich ohne jede anderen Symptome entstanden, z. B. während der Nacht, habe ich persönlich bei Neuerkrankten nicht beobachtet. Bei Fällen dagegen, wo die Krankheit 2—4 Jahre vorher aufgetreten war, konnten sich allerdings, wie das in den meisten Lehrbüchern steht, auch bei nachträglich von mir aufgenommener Anamnese die Angehörigen, vor allem die Mütter, auf Einzelheiten des Vorstadiums der Lähmung nicht erinnern. Ich glaube daher, dass das angebliche Fehlen von vorhergegangenen, Allgemeinerscheinungen in der Anamnese älterer Fälle nicht zu hoch einzuschätzen ist. Dass die Kinderlähmung ganz plötzlich ohne andere Symptome auftritt, halte ich zum wenigsten für sehr selten.

Die „Paralysis of the morning", von welchen in englischen Lehrbüchern als Typus der Krankheit die Rede ist, wurde bei der rheinisch-westfälischen Epidemie, soweit meine eigenen Beobachtungen reichen, nicht gefunden.

Regelmässig ist Fieber vorhanden, welches in einzelnen Fällen in 1—2 Tagen, in anderen bis zu 8 Tagen als remittierendes Fieber bestand. Der Puls ist entsprechend der Erhöhung der Temperatur beschleunigt, typischer Fieberpuls ohne Besonderheiten, die Atmung entsprechend dem Fieber gleichfalls beschleunigt. In Fällen, wo die Medulla oblongata befallen war — es sind fast sämtliche Fälle,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:42 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die zum Tode führten, — bestand eine auffallend hohe Atmungsbeschleunigung. Die Atemexkursionen sind dabei ganz oberflächlich. Sehr bemerkenswert war bei den allermeisten Kranken ein ausserordentlich starker Schweissausbruch, ferner eine mehr oder minder grosse Druckempfindlichkeit der Wirbelsäule, besonders auch des Nackens. In vielen Fällen auch Schmerzhaftigkeit bei Druck auf die Extremitäten, ältere Kinder klagten auch wiederholt über kolikartige Schmerzen im Leibe.

Auffallend war ferner eine stark ausgeprägte nervöse Reizbarkeit. Das Sensorium war in typischen Fällen stets frei, wenigstens in den von mir beobachteten Fällen. Von anderen Autoren wird angegeben (Wickman, Spieler), dass tiefere Bewusstseinsstörungen beobachtet wurden, auch in gutartig verlaufenden Krankheitsfällen. Bei schweren, zu Tode führenden Fällen tritt dann innerhalb von 1—2 Tagen nach Beginn der Erkrankung schwere Bewusstseinsstörung ein, welche in tiefes Koma übergehen kann. In Nordamerika wurde von Starr vielfach Delirium beobachtet als Begleiterscheinung des Fiebers. Phantasieren wurde von mehreren Autoren während des Fieberstadiums beobachtet. Es besteht vielfach eine Hyperästhesie der Haut. Zweifellos sind diese Schmerzen als Reizsymptome anzusehen, wahrscheinlich verursacht durch den regelmässig vorhandenen meningitischen Prozess. Manchmal besteht auch eine Steifigkeit des Nackens, die aber nur selten so stark ist, wie bei der epidemischen Genickstarre. Auch der ganze Nacken wird nicht selten auffallend steif gehalten, so dass eine Art Orthotonus entsteht. G. Förster beobachtete eine stark reflektorische Überstreckung der Wirbelsäule, welche er direkt als charakteristisch für die Kinderlähmung hält. Manchmal besteht eine typische kahnförmige Einziehung des Abdomens, gelegentlich auch das Kernigsche Symptom. Nach meinen eigenen Beobachtungen muss ich daran festhalten, dass ein grosser Teil der Kinder Symptome von seiten des Magen-Darmtraktus aufweist. Zwei Drittel davon hatten Durchfälle, ein Drittel besonders starke Stuhlverstopfung und zwar handelte es sich sowohl um jüngere Kinder wie um ältere und Erwachsene. Die Erscheinung stand derartig im Vordergrunde des Krankheitsbildes, dass sie neben dem Fieber, der Hyperhydrosis, der Druckempfindlichkeit der Wirbelsäule das Krankheitsbild im Anfang beherrschte. Wie ich aus der Literatur ersehe, hat bereits Medin im Jahre 1899, was mir bis Ende 1909 nicht bekannt war, die Häufigkeit der gastrointestinalen Störungen im Anfangsstadium der akuten epidemischen Kinderlähmung hervorgehoben. Auch Wickman sah sie bei der schwedischen Epidemie, Zappert bei der Epidemie in Niederösterreich; auch in der New-Yorker Epidemie von 1907 standen Störungen von seiten des Magen-Darmtraktus im Vorder-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:42 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

grund. Als Ursache dieser gastrointestinalen Störung sehe ich die regelmässig von mir in den sezierten Fällen beobachteten starken katarrhalischen Veränderungen der Darmschleimhaut, Schwellung der Peyerschen Plaques, der Solitär-Follikel an. Soweit Befunde vorliegen, wurden diese Veränderungen auch von anderer Seite, z. B. von Harbitz in Christiania nachgewiesen. Bis das Gegenteil experimentell bewiesen ist, glaube ich daher mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit, nach wie vor, dass in einem grossen Teile der Fälle die Krankheit meist durch den Magen-Darmtraktus in den Körper gelangt. Diese Ansicht ist wenigstens ebenso wahrscheinlich, als die von anderer Seite geäusserten, dass Krankheitsgift durch den Darm ausgeschieden würde und dadurch die anatomisch nachweisbaren obenerwähnten Veränderungen im Darmtraktus entständen. Es muss hierbei besonders auf das zeitliche Moment, dass nämlich die gastrointestinalen Erscheinungen in den ersten Stunden der Erkrankung auftreten, hingewiesen werden. Wenn Römer und Josef angeben, dass sie auch nach intracerebraler Impfung beim Affen Durchfälle beobachtet hätten, so beweist das nichts gegen die von mir geäusserte Ansicht. Bei den Affen treten die Diarrhoen erst zur Zeit der Lähmung auf, ganz im Gegensatz zu den Beobachtungen zum Menschen, bei dem sie im allgemeinen zur Zeit der Erkrankung schon das ganze Krankheitsbild beherrschen. Der Stuhl ist in den Fällen, wo Durchfall vorhanden ist, meist ein typischer Dünndarmstuhl von grünlicher Farbe und starkem Geruch. Bei obstipierten Fällen finden sich sehr harte Skybala, welche vielfach bei der Entleerung starke Schmerzen verursachten. Von seiten des Respirationstraktus wurde ausnahmsweise Bronchopneumonie, starke Bronchitis nachgewiesen. In einem kleinen Teile der Fälle wurde während der rheinisch-westfälischen Epidemie Angina beobachtet, während bei anderen Epidemien, z. B. bei der hessischen, von E. Müller in fast der Hälfte der von ihm beobachteten Kranken eine Affektion des Respirationstraktus gefunden worden ist. Auch hier ist hervorzuheben, dass die Untersuchung des Belages bei initialer Angina den Nachweis des Giftes in den Tonsillen nicht erbracht hat.

Herpes wird im allgemeinen selten beobachtet, so selten, dass das Fehlen resp. Vorhandensein differential-diagnostisch Verwendung finden kann. Im Blute findet sich, ähnlich wie beim Typhus fast regelmässig, eine Leukopenie, ein Symptom, welches gleichfalls gegenüber der cerebrospinalen Meningitis von erheblicher differential-diagnostischer Bedeutung ist. In seltenen Fällen soll aber allerdings auch eine Hyperleukocytose vorkommen. Vereinzelt wird eine auffallende Schlafsucht gefunden. Die in den früheren Arbeiten älterer Autoren eine grosse Rolle spielenden Kon-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:42 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

vulsionen sind von neueren Beobachtern nur selten konstatiert worden.

Inkubationszeit.

Die Inkubationszeit der epidemischen Kinderlähmung wird von Wickman auf 1—4, von Leegaard auf 1—3 Tage angenommen. E. Müller schätzt sie auf mindestens 8 Tage, ich selbst fand durchschnittlich etwa 8—10 bis 12 Tage. Die Inkubationszeit bei experimentellen Polio-Myelitis beträgt im Mittel 9—10 Tage. Die kürzeste Zeit war 4, die längste 33 Tage (Flexner).

Übertragungsweise der akuten epidemischen Kinderlähmung.

J. Wickman hat das Verdienst, vor allem nachgewiesen zu haben, dass in der schwedischen Epidemie die Erkrankung von Kinderlähmung von Person zu Person verschleppt wurde. Die nicht sehr bevölkerten Gegenden, in denen die schwedische Epidemie herrschte, boten zum Studium dieser Verhältnisse besonders günstigen Boden. Aber auch in anderen Epidemien ist es sicher erwiesen, das die Übertragung der Kinderlähmung weitaus am häufigsten von Person zu Person erfolgt. Die ausserordentlich dicht bevölkerte Industriegegend Westfalens liess dieses Verhältnis allerdings nur in einzelnen Fällen klar erkennen. Ich konnte aber mehrere einwandsfreie Beispiele für diese Übertragungsart feststellen. Die Krankheit folgt in erster Linie den grossen Verkehrswegen, Eisenbahnwegen, Poststrassen, Wasserstrassen. Aus Schweden und Amerika sind in dieser Hinsicht besonders instruktive Mitteilungen erfolgt. Sehr charakteristisch sind in vielen Epidemien, vor allem auch in der Epidemie von Rheinland und Westfalen, beobachtete Gruppenerkrankungen; so erkrankten in Hagen in der ersten Zeit fast ausschliesslich Kinder in Altenhagen, ein zweiter Herd bildete sich in Wehringhausen aus, ein dritter in Eilpe, ein vierter in Haspe. Die ältesten Fälle kamen in erster Linie in Batthey, Kabel und Boele vor. In Bonn sind die Fälle von auswärts eingeschleppt und unregelmässig über die ganze Stadt verteilt. Zwei Fälle holten sich hier die Krankheit zweifellos in Krefeld. Mehrfach konnte ich einen Zusammenhang von Kölner Fällen mit den in Haspe resp. Hagen nachweisen. Wickman bringt besonders lehrreiche Beispiele für Übertragung der Krankheit durch die Schule.

Ferner erfolgt die Übertragung häufig durch gesundbleibende Zwischenträger. Ich konnte für diese Art der Ausbreitung zwei besonders charakteristische Fälle einwandsfrei feststellen. Eine Grossmutter steckte nach Besuch eines an Kinderlähmung erkrankten Enkels, welches in Boele wohnte, ein anderes

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:42 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Enkelkind in Hagen an, eine Mutter nach dem Besuch ihres erkrankten Neffen ihr eigenes Kind. Die Übertragung durch gesundbleibende Zwischenträger schien sogar viel häufiger zu sein, als durch Kranke direkt. Auf diese Weise erklärt sich zwanglos, dass die Kinderlähmung über das ganze Land verteilt, häufig in einsamen Bauernhöfen vorkommen kann, eine andere Art der Ausbreitung, die sie mit der epidemischen Genickstarre gemeinsam hat.

Nach einer Beobachtung schien das Krankheitsgift in den Wohnungen längere Zeit zu haften. Jedenfalls beobachtete ich in Plettenberg das Anfang Oktober 8 Tage nach dem Einzug das Kind einer Familie erkrankte, nachdem in demselben Zimmer in dem Monate vorher ein an Kinderlähmung erkranktes Kind gelegen hatte. Ob das Virus der Kinderlähmung durch leblose Gegenstände übertragen werden kann, ist zurzeit noch nicht bekannt. Nahrungsmittel, Wasser scheinen jedenfalls keine Rolle zu spielen. Auch die Übertragung durch Insekten, Mücken, Wespen, Flöhe, Wanzen erscheint unwahrscheinlich. Es liegt zurzeit noch keine einzige Beobachtung vor, dass auf diesem Wege eine Erkrankung erfolgt ist.

Vorkommen der Kinderlähmung nach einem oder mehreren Fällen in einzelnen Häusern.

Vergleich mit der Genickstarreepidemie in New-York.

Wickman hat in der schwedischen Epidemie im Jahre 1905 in Bezug auf die Verteilung der Kinderlähmungsfälle folgendes festgestellt:

Unter	627	Häusern	mit	je	1	Fall	627	Fälle
„	95	„	„	„	2	„	190	„
„	59	„	„	„	3	„	177	„
„	14	„	„	„	4	„	56	„
„	7	„	„	„	5	„	35	„
„	1	„	„	„	6	„	6	„
						Total:	1091	Fälle

Wickman rechnet in dieser Statistik auch alle abortiven Fälle mit, also jene Fälle, wo Allgemeinerscheinungen vorhanden waren, aber keine Paralyse auftrat. In der New-Yorker Epidemie wurden in 76 Häusern je 2 Fälle, in 15 Häusern je 3 Fälle, in 4 Häusern je 4 Fälle, in 2 Häusern je 5 Fälle beobachtet.

Von Interesse ist ein Vergleich der Kinderlähmungsepidemie in New-York in der letzten Epidemie der cerebrospinalen Meningitis in derselben Stadt. Auf etwa 1500 Fälle von epidemischer Genickstarre konnte man 80 Häuser feststellen, in denen mehr als 1 Fall vorgekommen war. Diese 80 Häuser beherbergten etwa

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:42 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

200 Fälle, einige davon suchte man sich heraus und notierte die Anzahl der betreffenden Fälle. 45 Familien, bei denen sich Fälle von epidemischer Genickstarre vorfanden, hatten eine Gesamtzahl von 210 Kindern, unter welchen 63 infiziert wurden. Hieraus erhellt, dass der Grad der Kontagiosität der Kinderlähmung bei der unlängst abgelaufenen New-Yorker Epidemie dem der Genickstarre-Epidemie von 1905 ziemlich nahekommt (New-Yorker Bericht).

Von mehreren Beobachtern, J. Hoffmann, Wickman, ist festgestellt worden, dass die akute Kinderlähmung in ein und demselben Hause in einem Zwischenraume von einem und mehreren Jahren auftreten kann. Auch dieses Verhalten kann wohl am einfachsten durch eine Konservierung erklärt werden, doch ist natürlich nicht von der Hand zu weisen, dass der Zufall dabei eine Rolle spielt.

Rasse und Heredität.

Hereditäre Verhältnisse scheinen, soweit unsere Kenntnisse reichen, keine Bedeutung zu haben. Nach einer in der Literatur vorliegenden Mitteilung scheint die Kinderlähmung auch intrauterin vorkommen zu können. Die Lähmung bei den betreffenden Kindern wurde jedenfalls in diesem Sinne gedeutet. Sehr auffallend ist die in der New-Yorker Epidemie vom Jahre 1907 festgestellte Beobachtung, dass unter den vielen Erkrankungen in New-York nur zwei Negerkinder darunter waren. Der Bericht hält es für um so bemerkenswerter mit Hinblick auf die Behauptung des statistischen Amtes der Vereinigten Staaten, wonach die farbige Rasse für Erkrankungen des Nervensystemes empfänglicher sein soll als die weisse. Die Bevölkerung von Manhattan und Broux belief sich im Jahre 1900 auf 250600 Menschen, unter denen 43709 Farbige waren. Man hätte demnach im Verhältnis an Stelle von 2,14 Infektionen von Negerkindern erwarten müssen.

Kinderlähmung und Tiererkrankungen.

Bei Beobachtungen in Städten ist es meist schwer oder unmöglich, irgendwelche Beziehungen zwischen einer Erkrankung und Tierepidemien festzustellen. Auch in Hagen widerfuhr mir es beim Studium der Kinderlähmung in den ersten Wochen. Durch Zufall hörte ich dann in einem Seitentale in der Nähe der Stadt, dass gleichzeitig mit einem erkrankten Kinde mehrere Hühner des Besitzers eigenartige Lähmungserscheinungen dargeboten hatten, eine Anzahl der jungen Hühner sei auch gestorben. In Hagen wurde dann in einem Orte, in dem sehr viele Kinderlähmungen vorgekommen waren, in mehreren Hühnerbeständen ein ganz auffallendes Sterben unter den jungen Hühnern nachträglich bekannt. Auch in anderen Orten,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:42 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

z. B. in der Nähe von Altena, war Ähnliches beobachtet worden. Nach späteren Mitteilungen von verschiedenen Seiten aus dem Rheinland und Westfalen wurde mir bekannt, dass im Jahre 1909 in den Monaten Juni, Juli, August ganz auffallend häufig ein grosses Sterben unter den jungen Hühnern beobachtet wurde, während die älteren Hühner vielfach unter Lähmungserscheinungen erkrankten, sich aber innerhalb von Tagen wieder erholten. Trotz eifrigster Bemühungen gelang es nicht, frisches Material zur Impfung zu bekommen. Mehrere gelähmte Hühner wurden längere Zeit beobachtet. Eine Übertragung auf andere Tiere, speziell auf Kaninchen gelang nicht. Die anatomische Untersuchung führte zu keinen eindeutigen Befunden. In der französischen Literatur fand ich einen Fall, bei dem die anatomische Untersuchung des Rückenmarks einen mit der menschlichen Poliomyelitis übereinstimmenden histologischen Befund ergeben hatte. Auch bei der schwedischen Epidemie erwähnt Wickman auffallendes Hühnersterben.

Von weiteren Tierkrankheiten, die zu gleicher Zeit mit der Kinderlähmungsepidemie bestanden, sei noch erwähnt: ein Sterben unter jungen Kaninchen, welches an mehreren Orten von dem infizierten Bezirk beobachtet wurde. Die Tiere seien innerhalb von Tagen unter eigenartigen Lähmungserscheinungen zugrunde gegangen. In Amerika wurde eine hohe Sterblichkeit unter jungen Pferden beobachtet. Auch ein mehrfaches Kranksein von Hunden wurde bekanntgegeben. Wieweit diese Erkrankungen einen ätiologischen Zusammenhang haben, ist noch verborgen. Vom grünen Tisch aus ohne weiteres einen Zusammenhang abzulehnen, halte ich für verfehlt, vielmehr sollte man alle Gelegenheit ergreifen, um durch Tierimpfversuche Klarheit zu verschaffen.

Histologisch scheint die Bornasche Pferdeseuche eine gewisse Übereinstimmung mit dem anatomischen Bilde, wie wir es aus den neueren Arbeiten über Kinderlähmung kennen, zu haben. Nach den mir zugänglich gewesenen Abbildungen handelt es sich dabei um eine kleinzellige disseminierte Infiltration, vor allem in der grauen Substanz des Rückenmarks. Ich will nicht unterlassen hervorzuheben, dass in dem letzten Jahre aus dem Westen Preussens sehr beträchtlich viel mehr Fälle von Tollwut nach Berlin zur Behandlung gekommen sind als früher. Ob aus dieser Tatsache ein Zusammenhang mit der bestehenden grösseren Neigung zur Erkrankung an Kinderlähmung abzuleiten ist, bleibt dahingestellt. Immerhin will ich darauf hinweisen, dass das Gift der Tollwut ebenso wie das der Kinderlähmung nicht sichtbar, filtrierbar und glyzerinbeständig ist: drei Merkmale, welche beide Giftarten von sehr vielen anderen, vor allem von sämtlichen bakteriellen Giften unterscheiden.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:42 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Kinderlähmung und andere Infektionskrankheiten.

Heine, der Entdecker der Kinderlähmung, und mit ihm viele andere Ärzte, waren der Ansicht, dass die Dentitionsperiode mit der Kinderlähmung einen inneren Zusammenhang habe. Mehrfach wurde auch behauptet, dass andere Infektionskrankheiten, wie Scharlach, Masern, Keuchhusten, zur Kinderlähmung führen könnten. Demgegenüber ist aber scharf zu betonen, dass nach neueren Beobachtungen ein innerer Zusammenhang mit anderen Infektionskrankheiten und der Kinderlähmung nicht besteht. Die Kinderlähmung ist nach unserer heutigen Anschauung als Krankheit sui generis aufzufassen, welche durch ein spezifisches Krankheitsgift bedingt ist. Wenn sie im Anschluss oder zu gleicher Zeit mit anderen Infektionskrankheiten vorkommt, so ist dies als ein zufälliges Ereignis anzusehen. Trotzdem ich besonders in der Literatur danach mich umgesehen habe, konnte ich keinen einzigen einwandsfreien, histologisch untersuchten Fall finden, welcher mich überzeugt hätte, dass ein anderes Krankheitsgift imstande wäre, anatomische Veränderungen hervorzurufen, die denen der Kinderlähmung ähnlich oder gar gleich sind.

Der Stand der Eltern oder die Beschäftigung des Kranken scheint mit der Erkrankung in keinem ursächlichen Zusammenhang zu stehen. Es ist durchaus falsch, anzunehmen, nur in den Familien der Armen käme sie vor. Im Gegenteil, gerade auch eine ganze Anzahl von reichen oder wohlhabenden Familien mussten ihren Tribut der Krankheit ebenso zahlen wie die ärmsten Kreise. Fast sämtliche Stände wurden gleichmässig befallen, so dass irgendein Zusammenhang nach dieser Hinsicht nicht besteht.

Ausserordentlich wichtig und schwerwiegend für die Frage der Isolierung ist die Feststellung, **wie lange** eine bestimmte Infektionskrankheit kontagiös ist. Die Feststellungen bei der akuten epidemischen Kinderlähmung haben leider in dieser Hinsicht zu keinem sicheren Resultate geführt. Ich persönlich neige der Ansicht zu, dass wir nur solange mit einer Infektiosität der Krankheit zu rechnen, haben als die akuten Erscheinungen vorhanden sind.

Solange Fieber, Durchfälle, solange Obstipation, solange eine Angina, eine starke Bronchitis besteht, wird man guttun, die Kranken zu isolieren. Ob die Infektiosität noch längere Zeit besteht, kann nur durch eingehende experimentelle Untersuchungen klargestellt werden. Nach einer meiner Beobachtungen ist es wahrscheinlich, dass der Infektionsstoff in einer nicht desinfi-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:42 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zierten Wohnung längere Zeit haftete und Erkrankung an Kinderlähmung verursachte (s. auch oben die Beobachtung von Hoffmann).

Über die Morbidität geben die obenabgedruckten Tabellen der rheinisch-westfälischen und anderer Epidemien Auskunft. Die Mortalität ist in den verschiedenen Epidemien recht verschieden gewesen. Wickman rechnete für die schwedische Epidemie (1905) 16,7 %, Leegaard für die norwegische (1906) 14,56 %, Zappert für Nieder-Österreich (1908) 10,8 %, Linder und Mally für Ober-Österreich (1908) 22,5 %, Fürntratt für Steiermark (1908) 13,16 %. In der Epidemie in Deutschland 1909 betrug nach amtlichen Angaben im Regierungsbezirk Arnsberg 1910 die Zahl der Erkrankungen 1308, bei 141 Todesfällen 9 %, nach der von mir eingeleiteten Sammelstatistik aus Westfalen und der Rheinprovinz, bei der ich nur die absolut sicheren Fälle mitzählte, waren unter 636 78 Todesfälle = 12,3 %, in Hessen-Nassau (E. Müller) betrug sie (1909) 16 %, in Vorpommern (Peiper) 11,7 %, in Hannover (Eichelberg) 20,58 %, die amerikanischen Epidemien zeigen eine geringere Mortalität. In New-York wurde sie auf 5 % geschätzt, in Massachusetts auf 4,7 %.

Die Beobachtungen der letzten Jahre haben viele neue Kenntnisse gebracht, wie aus diesen kurzen Ausführungen erhellt, immerhin blieben noch viele Punkte in der Epidemiologie unklar, welche eines weiteren Studiums dringend bedürftig sind.

Generated on 2019-12-14 17:42 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA

[Aus der Säuglings- und Kinderabteilung des Versorgungshauses in Bonn.]

Über im Säuglingsheim gemachte Erfahrungen und ihre Anwendung bei Säuglingen der Familienpflege.

Von

Dr. Walther Kaupe in Bonn,
Kinderarzt und Arzt der Abteilung.

Die Frage, ob die Verhältnisse, unter denen der Säugling in einer entsprechenden Anstalt lebt, zum Vergleiche denen gegenübergestellt werden dürfen, unter denen ein Kind in privater oder noch besser mütterlicher Pflege sich befindet, ob weiterhin die Ergebnisse, die die Anstaltspflege zeitigt, verwertet werden können in Fragen der privaten Säuglingspflege, glaube ich in vieler Beziehung unbedingt bejahen zu dürfen. Allerdings muss dann die Forderung aufgestellt werden, dass die bei der Anstaltspflege betätigten Anschauungen moderner, oder doch der als richtig anerkannten Auffassung entsprechen und zu erheblichen Anständen keinen Anlass bieten. Ja, ich glaube sogar, dass die Bedeutung dieser Säuglingsheime zum guten Teile auch darin liegt, dass die Allgemeinheit aus ihnen Nutzen zieht, sei es durch Besichtigung dieser Häuser, sei es dadurch, dass die dort erzielten Erfahrungen ihren Weg in das Publikum finden und zwar durch die dort ausgebildeten Pflegerinnen oder die in ihnen untergebracht gewesenen Mütter oder endlich auch vielleicht durch gelegentliche, aus ihnen stammende Publikationen, die sich gerade an die interessierten Kreise wenden.

Zu diesem Behufe möchte ich deshalb auch kurz berichten, was im Jahre 1910 im Versorgungshause mit seinem reichen Materiale sich ereignete und im Anschluss daran auf einige sich dabei gewissermassen von selbst aufdrängende Gesichtspunkte, soweit sie für unser Thema von Wichtigkeit sein könnten, hinweisen.

Wir gingen aus 1909 in das neue Jahr hinüber mit einem Bestande von 27 zum Teile schon entbundenen Mädchen und von 47 Kindern, welch letztere zum grössten Teile noch dem Säuglings-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:42 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

alter angehörten oder doch aus Zweckmässigkeitsgründen noch im Säuglingshause untergebracht waren. In dem verflossenen Jahre fanden 58 schwangere Mädchen in unserem Hause Aufnahme und 58 Mädchen verliessen das Heim. Geboren wurden 46 Kinder, und zwar 25 Mädchen und 21 Knaben. Allerdings war darunter eine Totgeburt zu verzeichnen als Folge einer durch die Schwangerschaft bedingten schweren Erkrankung (Eklampsie) der Mutter. Zu ihnen kamen noch 13 im Jahre 1909 geborene Mädchen und 9 aus demselben Jahre stammende Knaben, die noch dem Säuglingsalter angehörten und von denen 8 Mädchen und 6 Knaben uns im Laufe des Jahres verliessen. Von den im Jahre 1910 geborenen Kindern verliessen uns noch vor Ablauf des Jahres 11 Mädchen und 14 Knaben. Ausserdem befanden sich im Säuglingshause noch 1 Mädchen und 3 Knaben, die dem Säuglingsalter zwar entwachsen und schon gegen zwei und etwas mehr Jahre zählten, wegen ihrer schwachen Entwickelung aber noch nicht dem Kinderhause, das nur des Gehens kundige Kinder aufnehmen soll, überwiesen werden konnten. In letztgenanntem Hause befanden sich in dem verflossenen Zeitraume 19 Kinder (9 Mädchen, 10 Knaben). In das laufende Jahr traten wir über mit 27 Mädchen und 45 Kindern. Die Zahl der Pflegetage betrug für die Mädchen 10077, für die Kinder 16510.

Das Durchschnittsgeburtsgewicht der 1910 geborenen Mädchen betrug 3195 Gramm (Höchstgewicht 3700 Gramm, Niedrigstgewicht 2170 Gramm), der Knaben 3148 Gramm (Höchstgewicht 4000 Gramm, Niedrigstgewicht 2170 Gramm). Die für den Durchschnitt berechnete Geburtslänge belief sich bei den Mädchen auf 48,8 cm (im Höchstfalle 54 cm, im Niedrigstfalle 45 cm), bei den Knaben auf 50,2 cm (im Höchstfalle 54 cm, im Niedrigstfalle 46 cm). Die hohen Geburtsgewichte entsprachen durchaus nicht immer den bedeutenden Geburtslängen.

Das Jahr 1910 brachte uns in gesundheitlicher Beziehung manches Unerfreuliche. Wenn wir die gefährlicheren Erkrankungen vorweg nehmen, so war es vor allem der Keuchhusten, der uns als böser Gast Monate hindurch bedrängte. Er wurde uns aus einem inzwischen aufgehobenen Kinderheime eingeschleppt, aus dem wir mehrere Kinder aufnahmen, weil uns versichert wurde, in dem Heime seien ansteckende Krankheiten nicht vorgekommen und vor allem zurzeit nicht zur Beobachtung gelangt, und weil wir in diesem besonderen Falle glaubten, von unserem Grundsatz, keine fremden Kinder bei uns aufzunehmen, abweichen zu müssen. Er befiel fast unsere sämtlichen bis zum Mai 1910 geborenen Kinder und nur die streng durchgeführte Absonderung der kranken Kinder und die Möglichkeit, allen den Aufenthalt im Freien selbst bei

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:42 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Regenwetter zu bieten, setzten uns in den Stand, die von diesem Termine ab geborenen Kinder vor der Erkrankung zu bewahren. Die Endemie stellte an unser Pflegepersonal die grössten Ansprüche, und ich möchte ihm auch an dieser Stelle für die aufopfernde Liebe danken, mit der es sich unserer erkrankten Kinder annahm. Wäre die Pflege nicht so absolut zuverlässig gewesen, dann hätte das Ergebnis nicht ein noch so verhältnismässig günstiges sein können. Wenn wir bedenken, dass es meist sehr zarte Kinder waren, die unter dem Keuchhusten zu leiden hatten, ja dass sogar zahlreiche in frühesten Lebensmonaten stehende Säuglinge, die doch meist dieser Krankheit zum Opfer zu fallen pflegen, von ihr befallen wurden, dann müssen wir es noch als ein besonderes Glück begrüssen, dass nur vier unserer kleinen Pfleglinge infolge des Keuchhustens starben. Diese vier Kinder waren auch merkwürdigerweise keine Säuglinge mehr, sie standen in einem Alter vom Ende des 1. Lebensjahres bis zum 2. Jahre. Die unmittelbare Todesursache war in allen diesen Fällen Lungenentzündung mit sekundärer Herzschwäche. Diese Todesfälle wären sicher zu vermeiden gewesen, wenn eben der Keuchhusten nicht bei uns eingeschleppt worden wäre. Keiner der von ihm befallenen Säuglinge fiel dem Leiden zum Opfer, sicherlich zu erheblichstem Teile ein Resultat der streng durchgeführten Ernährung an der Mutterbrust. Ich glaube auch, dass die Anwendung des seit mehreren Jahren als Spezifikum gegen Keuchhusten empfohlenen Dialysats der Herba Thymi et Pinguiculae uns recht gut unterstützt hat.

Die Ansteckung machte übrigens auch nicht vor den Erwachsenen halt.

Des weiteren machte uns der häufige Gast aller Säuglingsheime, die Grippe mit ihrer Mandelentzündung, ihrem Schnupfen und ihrem Luftröhrenkatarrh, recht zu schaffen. Diese Ansteckung ging mehrfach durch unser Haus und zwang uns jedesmal zu energischen Absperrungsmassregeln, die denn auch meist nicht ohne Erfolg blieben. Recht sorgenvolle Stunden bereiteten uns oft die nicht selten dabei auftretenden Lungenentzündungen (Bronchopneumonien), denen leider auch 1 Knabe im Alter von einem Jahre zum Opfer fiel.

Wenn ich dann noch den gegen Ende 1910 zur Beobachtung gelangten Scharlach, der 2 Mütter und einen grösseren Knaben befiel, erwähne, dann habe ich alle schwereren Erkrankungen namhaft gemacht. Auf welchem Wege er zu uns gelangte, ist nicht sichergestellt. Jedenfalls konnten wir weitere Erkrankungen durch Unterbringung der 3 Fälle im Friedrich-Wilhelm-Stift verhindern, und die 3 Kranken selbst sind ohne üble Folgen reaktionslos genesen.

Von anderen gelegentlichen Erkrankungen erwähne ich noch

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:42 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Mundfäule (2 Fälle), Soor (2 Fälle), Skrofulose mit entsprechenden Augenerkrankungen, deren sich Herr Augenarzt Dr. Gallus in dankenswerter Weise annahm, Furunkulose, Phimose, die sogenannte „vierte Krankheit“ (in einem Falle), mehrfache nervöse Erscheinungen (Spasmus nutans und Tetanie) und die mehrere Male beobachtete Pförtnerenge (Pylorospasmus). Merkwürdig oft gelangte die von Czerny beschriebene exsudative Diathese zur Behandlung, die in mehreren Fällen besonders hartnäckig auftrat. Meine Hoffnung, hier vielleicht, gestützt auf Beobachtungen bei anderen Erkrankungen durch andere Ärzte, durch Anwendung von chlorsaurem oder milchsaurem Kalzium vermittels Einverleibung unter die Haut oder in den Magen, Erfolge zu erzielen, wurde nach nur mehrtägigem scheinbaren Erfolge getäuscht.

In einem Falle von lebenbedrohendem Blutverlust durch den Darm beim Neugeborenen (melaena neonatorum) erzielten wir Heilung durch sofortige Unterhauteinspritzung von Gelatine. Die von der Königl. Hautklinik, die überhaupt in liebenswürdiger Weise diese Untersuchungen vornahm, angestellte Blutuntersuchung nach Wassermann ergab keinen Anhalt für das Vorhandensein einer ererbt syphilitischen Erkrankung, während diese Untersuchung in mehreren anderen Fällen bei Mutter oder Kind positiv ausfiel und Anlass zu entsprechender Behandlung gab.

Auch die von Pirquet angegebene Untersuchung auf Tuberkulose durch Impfung mit Tuberkulin gab uns in diesem oder jenem Falle verwertbaren Aufschluss.

Obwohl doch fast alle unsere Kinder mit der Brust — wenigstens zum Teil — ernährt sind, haben wir doch in mehreren Fällen die englische Krankheit feststellen müssen. Durch die künstliche Ernährung allein kann also ihr Erscheinen, wie behauptet wurde, nicht bedingt sein. Wir richteten in allen Fällen der Rachitis nach Möglichkeit die Diät entsprechend ein und gaben Phosphor, der auch bei einigen Fällen von Spätrachitis uns in Form von Phosrachit gute Dienste leistete.

Sehr selten waren glücklicherweise Magen-Darmerkrankungen zu beobachten, was ja allerdings bei der streng durchgeführten Brusternährung und bei der ev. notwendigen Anwendung der vorzüglichen Milch aus der städtischen Säuglingsmilchküche nicht wundernehmen kann. Nur 2 etwas schwerere Fälle von Dickdarmkatarrh erheischten Behandlung und gelegentlich machten wir auch Gebrauch von Buttermilch, Eiweissmilch und Malzsuppe; doch war das nur in 3 Fällen nötig.

Jedenfalls verloren wir auch 1910 kein Kind an den sonst so gefürchteten Magendarmerkrankungen, wie auch keiner der im Jahre 1910 geborenen Säuglinge verstarb.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:42 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Der Tod raffte uns überhaupt nur die obenerwähnten 5 Kinder, die ausserhalb des Säuglingsalters standen und dem Keuchhusten und der Lungenentzündung zum Opfer fielen, hinweg.

Ein Übelstand, den wir in unserem Heime zu beklagen hatten, soll nicht unerwähnt bleiben. Es ist das eine Beschwerde, die wohl in allen Anstalten in die Erscheinung tritt, die ihre Kinder recht lange behalten und in denen das zu geringe Pflegepersonal überlastet wird und dem einzelnen Kinde nicht genügend Zeit widmen kann. Die Kinder lernten, ohne etwa rachitisch zu sein, zu spät laufen. Sie sind eben einen zu grossen Teil des Tages auf sich und ihr Bettchen angewiesen und auch in geistiger Beziehung entwickeln sie sich nicht so, wie im allgemeinen die in Einzelpflege oder bei ihren Eltern befindlichen Kinder. Mit letzteren kann sich die Umgebung mehr beschäftigen, die andere, mehr Wechsel in der Person und den Dingen bietende Umwelt regt das Kind stärker geistig und spornt es auch mehr zu selbständiger körperlicher Betätigung an. Das fehlt eben in einem Heime, und darum ist später eine gute und verständnisvolle Einzelpflege dem Anstaltsaufenthalte vorzuziehen. Aber die Seltenheit einer guten Einzelpflege für uneheliche Kinder gerade steht dem entgegen, und darum bietet sich auf diesem Gebiete besonders für sozial denkende Personen ein reiches Feld der Betätigung. Wie schwer es hält, unsere Kinder, wenn sie aus dem Säuglingsalter z. B. heraustreten, in geeignete Pflege zu bringen, müssen wir immer und immer wieder erfahren. In den seltensten Fällen kommen sie zu den Grosseltern, und es ist auch fraglich, ob sie, die doch in diesem Enkelkind einen unerwünschten Zuwachs, eine Schande sehen, die geeigneten Personen sind, denen ein solches Kind anvertraut werden kann. In anderen Fällen wollen die Grosseltern wohl die Tochter aufnehmen, nicht aber deren Kind. Das arme Wesen kommt dann in Pflege; meist ist dies aber eine Pflege ohne Liebe, wenn nicht Schlimmeres; das Kind ist dann nur noch ein Gegenstand materieller Ausnutzung. Ja, es kann nicht verschwiegen werden, dass sogar oft die Unterbringung in anderen Anstalten für das Kind das Todesurteil bedeutet, eine Tatsache übrigens, die einer gewissen, minderwertigen Kategorie unehelicher Mütter sehr wohl bekannt ist und bei ihnen entsprechende Verwertung findet.

Unser Haus hat in dem verflossenen Jahre recht wünschenswerte Verbesserungen erfahren, die sich besonders in unseren Säuglings- und Wochensälen geltend machten. Man muss das dankbar anerkennen, wenn auch vieles noch zu wünschen übrigbleibt. Aber das verständnisvolle Eingehen auf ärztliche Wünsche seitens der wirtschaftlichen Leitung lässt auch in Zukunft Gutes erhoffen.

Ich wies oben schon auf die Überlastung unseres Pflege-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:42 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

personals hin, das trotzdem in nie ermüdendem Eifer sich der allerdings dankbaren, aber aufreibenden Tätigkeit hingibt. Aus häuslichen und wirtschaftlichen Gründen ist in dieser Beziehung eine Verbesserung nicht zu erzielen. So wünschenswert es nun auch ist, durch Einstellung von jungen Damen, die bei uns die Säuglings- und auch die Wochenpflege erlernen könnten, einerseits eine gewisse soziale Pflicht zu erfüllen, anderseits aber auch unser Personal zu entlasten, musste davon zunächst doch noch Abstand genommen werden. Wir sind eben räumlich zu beschränkt, als dass wir einen solchen Plan ausführen könnten, und infolgedessen bedeuten für unsere dauernden Pflegerinnen vollständig unausgebildete Personen eine noch zu grosse Behinderung und nur eine Vermehrung der erwähnten Überlastung. Etwas anderes ist es mit ausgebildeten Frauen, die, wie wir es in einem Falle anerkennen müssen, eine wirkliche Hilfe sein können.

Eine Erscheinung, die in der kinderärztlichen Literatur schon oft besprochen wurde, war auch in diesem Jahre oft häufig Anlass zu besonderen Überlegungen und Massnahmen: und zwar die oft über 4—6 Wochen sich erstreckende Milcharmut mancher Mütter. Es sind das die Fälle, in denen der Arzt in der Privatpraxis in die unangenehme Lage sich versetzt sieht, von der Mutter oder der anderen Umgebung des Säuglings die kategorische Erklärung zu hören: „Die Mutter hat keine Milch, sie kann nicht nähren.“ Es sind das weiter die Fälle, in denen der nicht selten zu spät zu einem erkrankten Kinde gerufene Arzt auf seine Frage fast stets die Antwort erhält, dass das Kind wegen Mangels an Milch nicht habe genährt werden können.

Diese Milcharmut der ersten Wochen haben auch wir im Säuglingsheime häufig zu bekämpfen und wir bekämpfen sie durch eine, wenn man will, gewisse Rücksichtslosigkeit. Immer und immer wird das Kind zur gegebenen Stunde bei seiner Mutter angelegt, manchmal hilft allerdings auch eine andere Mutter aus, aber die Brust der eigenen Mutter wird beharrlich weiter in Anspruch genommen, mag auch das Kind zunächst gar nicht oder nur wenig zunehmen. Die Brust muss eben, bei Erstgebärenden ist das hier fast die Regel, erst trainiert werden. Dazu kommt dann in unserem Falle natürlich noch, dass die Mütter unseres Heimes oft unterernährt sind, dass sie unter dem Kummer der unehelichen Mutterschaft meist stark leiden. Und dennoch gelingt es fast stets, die Brust zur Erzeugung genügender Mengen Milch oder doch solcher Quantitäten zu zwingen, dass eine Zweimilchernährung (Allaitement mixte), d. h. die Ernährung mit Muttermilch unter Ergänzung des Fehlenden durch Kuhmilchbeifütterung, möglich wird. Was so im Säuglingsheim möglich ist, sollte unbedingt auch bei dem in mütter-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:42 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

licher Obhut befindlichen Kinde erreichbar sein. Hier sind doch mehr als bei den unehelichen Müttern die Bedingungen für eine ausreichende Pflege und das Wohlbefinden der Mutter gegeben. Hier muss eben die Aufklärung durch den Arzt und die Hebamme einsetzen, und ich muss gestehen, dass es mir bei einer leidlich vernünftigen Mutter in der Privatpraxis noch fast stets gelungen ist, die Umgebung zu überzeugen, dass durch das Abwarten nichts versäumt, wohl aber nur das Beste für das Kind erzielt wird.

Allerdings fanden auch wir manchmal keine rechte Unterstützung bei den Kindern selbst. Sie waren nicht selten trinkfaul und schliefen viel. Da ist denn oft von grossem Nutzen, nach dem Sprichworte „Hunger ist der beste Koch" handelnd, das betreffende Kind nur vier Mal täglich anzulegen. In anderen Fällen wiederum liessen wir neben dem eignen Kinde dann noch ein fremdes mitsaugen. Alles Massnahmen, die in häuslicher Pflege auch zum Ziele führen würden.

Obwohl wir auf eine Pflege der Brust schon vor, besonders aber auch nach der Entbindung recht grossen Wert legen, konnten wir es bei einer Reihe von Müttern nicht verhindern, dass sich eine Entzündung der Brustdrüse einstellte. In der Mehrzahl der Fälle reichte die Biersche Stauung, systematisch vorgenommen, aus, die Entzündung erfolgreich zu bekämpfen. War aber erst Eiterbildung vorhanden, dann genügte diese Behandlung nicht mehr, und wir mussten zur Eröffnung des Abzesses schreiten. Entgegen unserer früheren Gewohnheit, einen möglichst kleinen Einstich nur zu machen und dann den Eiter mit der Saugglocke auszusaugen, machen wir jetzt einen ausgiebigen Einschnitt. Der Erfolg war ein besserer und schnellerer. Vor allem aber — und das ist wichtig auch für die Mutter in der Privatpflege — liessen wir ruhig weiter nähren. Es ist das nur von Nutzen für die erkrankte Brust und dem Kinde schadet es auch nichts. Kann ja doch auch, z. B. bei zu starken Schmerzen, das Stillgeschäft eventuell mit einer Brust allein genügend erledigt werden.

Und dann die milchtreibenden Mittel! Sie werden in Massen auf den Markt geworfen, jedes Nährpräparat fast soll auch die Eigenschaft haben, spezifisch milchtreibend zu wirken. Wir haben das noch in keinem Falle bestätigt gefunden, höchstens können durch die Zufuhr eines Nährpräparats die Körperkräfte gehoben werden, was natürlich auch eine Zunahme der Milchmenge im Gefolge haben könnte. Im anderen Falle wirkt dies oder jenes Präparat nur suggestiv: die Mutter ist überzeugt, dass sie nach dem von ihr genommenen Mittel mehr Milch bekommen wird, sie legt mehr an, und siehe da, die Milch „schiesst stärker ein". Gewiss tut sie das, aber nur unter dem Einflusse des stark saugenden Kindes.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:44 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Bestimmte Angaben über die durchschnittlichen Zunahmen unserer Säuglinge zu machen, erscheint unzweckmässig: da hierbei doch zu sehr die Verhältnisse usw. des jeweiligen Kindes zu berücksichtigen wären. Diese Zahlen würden auch für die in Privatpflege befindlichen Kinder nicht absolut massgebend sein, da beide Kinder dann doch unter zu verschiedenen Verhältnissen aufwachsen.

Das Material unserer Kinder war natürlich je nach der Herkunft der Mutter auch ein sehr verschiedenes. Nicht wenige Kinder waren als frühgeborene zu betrachten, zum mindesten waren sie bei der Geburt schwächer, als es in der Norm der Fall zu sein pflegt! In allen diesen Fällen wurde, was zunächst vielleicht wunderlich erscheinen mag, die Ernährungsanordnung genau so getroffen wie beim ausgetragenen oder vollentwickelten Kinde. Nur wurde strenge darauf geachtet, den Wärmeverlust des Kindes möglichst gering zu gestalten, indem man besonders für genügende Wärmezufuhr (durch Wärmekrüge, Watteeinpackungen usw.) sorgte. Auf diese Weise erzielten wir auch bei allen Schwachgeborenen eine genügende Zunahme und prächtige Entwickelung.

Ein anderer Grundsatz, der auch bei den Säuglingen draussen Anwendung finden sollte, ist der, möglichst wenig Medikamente zu benutzen und zu versuchen, mit diätetischen und ähnlichen Massnahmen auszukommen. Die Zahl der von uns angewandten Medikamente ist sehr beschränkt, wie ich glaube, zum Heile unserer Pfleglinge. Gewiss bedürfen wir bestimmter Medikamente — so möchte ich z. B. bei der Lungenentzündung das Kampferöl nicht missen, und auch das Pyramidon, Phosphoröl und mehreres andere noch sind oft von Nutzen — aber in jedem Falle dem oft elenden Wurme auch eventuell noch den Magen mit einem Medikamente zu belasten, erscheint uns unnötig und schädlich.

Wenn wir schliesslich gegen Ende des ersten Jahres zur Darreichung fester Speisen übergingen, so stiess das hin und wieder auf Schwierigkeiten bei den Kindern. Doch half auch hier ein konsequent durchgesetzter Wille der Umgebung. Man liess eventuell hungern und der Erfolg trat bald ein.

Generated on 2019-12-14 17:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA

Ändern sich die sonstigen statistischen Relationen der Infektionskrankheiten in Epidemiezeiten?

Von

Dr. Siegfried Rosenfeld.

Das statistische Material der Infektionskrankheiten Wiens habe ich zu Untersuchungen benützt, deren Ergebnisse ich in verschiedenen Arbeiten veröffentlicht habe. In der ersten derselben [1]) untersuchte ich die Verteilung der Infektionskrankheiten nach Geschlecht und Alter; ich fand dieselbe für jede der untersuchten Krankheiten charakteristisch. Dabei trat ich aber der Frage nicht näher, ob diese Eigentümlichkeiten zeitliche von der Ausbreitung der Krankheit abhängige Variationen erfahren können. Auch in einer weiteren Arbeit [2]) streifte ich diese Frage nicht. Ihre Erörterung drängt sich aber nunmehr im Anschlusse an eine weitere Arbeit [3]) von selbst auf.

In dieser Arbeit untersuchte ich die Schwankungen der Letalität bei Diphtherie, Bauchtyphus, Scharlach, Masern, Keuchhusten und Rotlauf. Auf Grund der Jahresschwankungen fand ich, womit auch das Verhalten der Letalität bei Monatsschwankungen übereinstimmte, dass die Zunahme der Typhusfälle auf Zunahme der Keime bei zumeist verminderter Virulenz derselben beruht, dass bei Diphtherieepidemien die Virulenz der Keime sich jedenfalls steigert, dass die Zunahme der Fälle von Rotlauf, Keuchhusten, Masern und Scharlach bald auf Vermehrung der Keimzahl ohne Virulenzsteigerung, bald auch auf Virulenzsteigerung beruht. Auf weitere Ergebnisse dieser Arbeit will ich vorderhand nicht eingehen; sie alle zeigen, dass sich die Letalität in Epidemiezeiten anders als in epidemie-

1) Die Infektionskrankheiten in Wien nach Geschlecht und Alter. Centralbl. f. allg. Gesundheitspflege, 21. Jahrg.

2) Der zeitliche Verlauf der Infektionskrankheiten in Wien während der Jahre 1891—1900. Centralbl. f. allg. Gesundheitspflege, 22. Jahrg.

3) Die Letalitätsschwankungen. Eine statistische Studie. Centralbl. f. allg. Gesundheitspflege, 26. Jahrg.

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF IOWA

Generated on 2019-12-14 17:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

freien Zeiten verhalten kann, event. verhält. Zeigen nun aber die Infektionskrankheiten hinsichtlich der Letalität ein anderes Verhalten je nach ihrer Ausbreitung, so müssen wir uns fragen, ob das nicht auch hinsichtlich anderer ihrer Eigentümlichkeiten der Fall ist. Dies wollen wir im folgenden untersuchen. Wir werden demnach zu erfahren suchen, ob die Verteilung der Infektionskrankheiten nach Geschlecht und Alter unabhängig von der Ausbreitung der Krankheit ist oder mit derselben variiert und, wenn letzteres der Fall, ob diese Variationen im Einklange mit den Ergebnissen der Untersuchung über die Letalitätsschwankungen stehen.

I.

Ich beginne mit der Aufteilung der Infektionskrankheiten nach Geschlecht. Ich fand seinerzeit beinahe gleich starke Beteiligung beider Geschlechter an der Morbidität bei Blattern, Varizellen, Masern, Röteln und Scharlach, und an der Mortalität bei Blattern, Masern, Scharlach und Rotlauf, stärkere Beteiligung des männlichen Geschlechtes an der Morbidität bei Bauchtyphus und Mumps, und an der Mortalität bei Diphtherie und Bauchtyphus, stärkere Beteiligung des weiblichen Geschlechtes an der Morbidität bei Diphtherie, Keuchhusten und Rotlauf, und an der Mortalität des Keuchhustens. Nur die hier genannten Krankheiten sollen in die nachfolgende Untersuchung einbezogen werden.

An Blattern

	erkrankten			starben		
Jahr	Männer	Weiber	Verhältniszahl [1]	Männer	Weiber	Verhältniszahl
1872	—	—	—	1618	1716	106
1873	—	—	—	716	694	97
1874	—	—	—	496	432	87
1875	—	—	—	381	410	107
1876	—	—	—	607	593	98
1877	—	—	—	301	227	75
1878	—	—	—	283	259	92
1879	599	671	112	159	187	118
1880	1096	1157	106	274	251	92
1881	1613	1677	104	476	430	90
1882	1408	1436	102	398	410	103
1883	121	123	102	34	39	115
1884	177	181	102	47	47	100
1885	1565	1527	98	402	376	94

1) Unter Verhältniszahl verstehe ich die Zahl der auf je 100 männliche Fälle entfallenden weiblichen Fälle.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Jahr	erkrankten			starben		
	Männer	Weiber	Verhältniszahl	Männer	Weiber	Verhältniszahl
1886	386	408	106	94	87	93
1887	169	158	93	32	31	97
1888	108	115	106	26	29	112
1889	32	36	113	7	5	71
1890	117	114	97	23	23	100
1891	250	232	93	48	49	102
1892	21	31	148	3	8	267
1893	95	88	93	17	20	118
1894	29	37	127	11	10	91
1895	3	8	267	1	3	300
1896–1905	30	32	107	3	3	100

Mit dem Jahre 1894 hören die Blattern auf, Bedeutung für Wien zu haben; dies bleibt noch so bis zu dem hier nicht einbezogenen Jahr 1906. Deshalb fasste ich die letzten 10 Jahre zusammen. Grössere Schwankungen der Verhältniszahl über 100 finden wir nur in den Jahren 1892 und 1895; in beiden Jahren haben wir es nur mit wenig Fällen zu tun, weshalb wir diese Schwankungen unberücksichtigt lassen können. Grössere Schwankungen unter 100 finden wir bei der Morbidität gar nicht, bei der Mortalität im Jahre 1889; hier wieder nur wenig Fälle. Eigentlich können wir die Blatternstatistik nach dem Jahre 1886 überhaupt unberücksichtigt lassen, da schon mit dem Jahre 1887 eine beträchtliche Verringerung ihres Vorkommens beobachtet wird. Die Morbidität der Blattern zeigt von 1879—1886 nur geringe Schwankungen der Verhältniszahl, mag die Zahl der Blatternfälle nun gross oder klein sein. Am kleinsten ist sie im Jahre 1885 bei starker Zunahme der Blattern, am grössten im Jahre 1879, wo wir eine Abnahme der Blattern mit Zunahme im nächsten Jahre haben. Dass letztere Verhältnisse nicht die hohe Verhältniszahl bedingen, zeigt uns das Verhalten der Jahre 1883 und 1884. Wir können demnach keine Abhängigkeit der Verhältniszahl von der Zu- oder Abnahme der Blatternerkrankungen wahrnehmen. Dies auch, wenn wir einzelne Jahre je nach der Zahl der Blatternerkrankungen zusammenfassen. So betrug die Verhältniszahl (1879—1891) in den Jahren bis zu 500 Blatternerkrankungen 98, bis zu 1000 Blatternerkrankungen 106, bis zu 2000 Blatternerkrankungen 112, bis zu 3000 Blatternerkrankungen 104, über 3000 Blatternerkrankungnn 101. Wenn man will, kann man allerdings eine Zunahme der Verhältniszahl mit Zunahme der Blatternfälle bis zu 2000 im Jahre und sodann eine Abnahme der Verhältniszahl herauslesen. Das würde bedeuten, dass mittelstarke Epi-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:43 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

demien das weibliche Geschlecht stärker heimsuchen, dass starke Epidemien dasselbe aber nicht mehr belasten, als es in epidemiefreien Zeiten belastet ist.

Der Morbidität gleicht die Mortalität. Die einzelnen Jahre zeigen keine augenfällige Regelmässigkeit. Bei wenig Todesfällen finden wir die höchsten, aber auch niedrige Verhältniszahlen, bei viel Fällen mittlere. Fassen wir auch hier die Jahre bis 1891 inklusive zusammen, so beträgt die Verhältniszahl in Jahren bis zu 100 Todesfällen 94, bis zu 250 Todesfällen 93, bis zu 500 Todesfällen 118, bis zu 750 Todesfällen 86, bis zu 1000 Todesfällen 96, bis zu 1500 Todesfällen 97, über 3000 Todesfällen 106. Auch in dieser Zusammenfassung zeigt sich keine Regelmässigkeit. **Wir können demnach sagen, dass die Ausbreitung der Blattern in Wien den Anteil beider Geschlechter nicht beeinflusst.**

An Scharlach

	erkrankten			starben		
Jahr	Männer	Weiber	Verhältniszahl	Männer	Weiber	Verhältniszahl
1880	519	418	81	98	74	77
1881	751	723	96	136	150	110
1882	1444	1354	94	202	208	103
1883	570	569	100	81	69	85
1884	646	571	88	70	60	86
1885	599	566	94	38	37	97
1886	1057	1068	101	65	50	78
1887	1774	1949	109	195	171	88
1888	1364	1416	104	103	109	106
1889	676	684	101	65	62	95
1890	657	621	94	43	38	88
1891	945	997	106	98	87	89
1892	1111	1245	112	117	125	107
1893	1613	1648	102	158	149	94
1894	2220	2420	109	200	213	107
1895	2222	2213	100	234	203	87
1896	1959	2073	106	218	216	99
1897	1265	1358	107	119	117	98
1898	1255	1255	100	110	117	106
1899	1304	1408	108	130	136	105
1900	1136	1144	101	87	81	93
1901	2184	2286	105	197	170	86
1902	1732	1674	97	154	122	79
1903	797	777	97	56	61	109
1904	792	810	103	32	33	103
1905	1362	1398	103	103	77	75

Generated on 2019-12-14 17:43 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA

In den 14 Jahren 1892—1905 sinkt die Verhältniszahl der Morbidität nur zweimal unter 100, in den 12 Jahren 1880—1891 jedoch sechsmal und zwar stets stärker. Die ersteren Jahre beziehen sich auf das erweiterte Wien. Wenn wir mit der Einbeziehung der Arbeitervororte die durchschnittlich grössere Verhältniszahl in ursächlichem Zusammenhange bringen dürfen, so würde dies bedeuten, dass der Scharlach das weibliche Geschlecht bei geringerem Wohlhabenheitsgrade relativ häufiger als das männliche Geschlecht ergreift. Über den Einfluss des Wohlhabenheitsgrades werde ich noch später zu sprechen haben. Mag er nun vorhanden sein oder nicht, jedenfalls sehen wir uns veranlasst, die Besprechung des Scharlachs in zwei Perioden zu trennen, deren erstere bis 1891 inklusive reicht.

Auch bei der Morbidität des Scharlachs lässt sich keine augenfällige Beeinflussung der Geschlechtsaufteilung durch die Ausbreitungsstärke wahrnehmen. In der ersten Zeitperiode haben wir die grösste Verhältniszahl im Jahre der stärksten Ausbreitung, die kleinsten Verhältniszahlen treffen Jahre mit schwacher Ausbreitung. Daneben finden wir aber zahlreiche Übergänge. Bei Zusammenfassung mehrerer Jahre beträgt die Verhältniszahl in Jahren bis 1000 Scharlacherkrankungen 81, bis 1500 Erkrankungen 96, bis 2000 Erkrankungen 106, bis 3000 Erkrankungen 99 und über 3000 Erkrankungen 109. Während in dieser Periode tatsächlich das weibliche Geschlecht bei grösserer Krankheitsausbreitung stärker belastet erscheint, können wir dies nach dem Jahre 1891 nicht mehr bei Betrachtung der einzelnen Jahre finden. Die höchste Verhältniszahl hat das Jahr 1892 mit mittelstarker Scharlachausbreitung, die zweithöchste das Jahr 1894 mit der stärksten Ausbreitung, die niedrigste ein Jahr mit geringer und ein Jahr mit über mittelstarker Ausbreitung. In Zusammenfassung betrug die Verhältniszahl in Jahren bis zu 2000 Erkrankungen 100, bis zu 3000 Erkrankungen 105, bis zu 4000 Erkrankungen 99, über 4000 Erkrankungen 105, also auch hier keine Reihe oder eindeutige Kurve. Ein verschiedenes Verhalten beider Zeitperioden fand ich auch bei der Letalität des Scharlach. In der ersten fand ich keine Beeinflussung der Letalität durch die Ausbreitung, in der zweiten zuerst bis zum Jahre 1900 Parallelismus, hernach Antagonismus zwischen Letalität und Morbidität.

Die Mortalität der einzelnen Jahre ist im ganzen gering, daher wir zur Zusammenfassung mehrerer Jahre gezwungen sind. In der ersten Periode beträgt die Verhältniszahl in Jahren bis 100 Todesfälle 93, bis 150 Todesfälle 89, bis 200 Todesfälle 85, bis 300 Todesfälle 108, bis 400 Todesfälle 88, über 400 Todesfälle 103, also keine Reihe oder Kurve. In der zweiten Periode beträgt die

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Verhältniszahl in Jahren bis 150 Todesfälle 109 (nur 1 Jahr), bis 200 Todesfälle 83, bis 300 Todesfälle 98, bis 400 Todesfälle 90, über 400 Todesfälle 97. Demnach finden wir bei Scharlach keinen Zusammnenhang zwischen Sterblichkeitshöhe und Verhältniszahl.

An Masern

	erkrankten			starben		
Jahr	Männer	Weiber	Verhältniszahl	Männer	Weiber	Verhältniszahl
1887	3872	4080	105	231	219	95
1888	2914	2778	95	116	101	87
1889	3625	3798	105	166	169	102
1890	4053	4093	101	216	199	92
1891	3798	3669	97	185	234	126
1892	5570	5804	105	420	403	96
1893	7712	7792	101	628	592	94
1894	7458	7316	98	445	452	102
1895	5846	5436	93	376	378	101
1896	5979	6126	102	462	468	101
1897	6880	7088	103	443	412	93
1898	6447	6370	99	403	389	97
1899	7260	7603	105	318	407	128
1900	8185	8090	99	368	373	101
1901	6119	6063	99	312	322	103
1902	7534	7725	103	402	367	91
1903	4452	4175	94	209	174	83
1904	9175	8775	96	504	517	103
1905	5095	5405	108	307	278	90

Diese Tabelle zeigt keinen Unterschied der Zeiten vor und nach dem Jahre 1891. Zwischen Morbidität und Mortalität herrschen hinsichtlich der Verhältniszahl grosse Differenzen. Oft schnellt die Verhältniszahl einer von beiden stark hinauf, wo die der anderen beträchtlich sinkt (Jahre 1891, 1892, 1902, 1905). Mit Ausnahme dieser Jahre gehen die Schwankungen beider ziemlich gleichsinnig vor sich, nur dass die Ausschläge bei der Mortalitätsverhältniszahl weit grösser als bei der Morbiditätsverhältniszahl sind. Wir stehen demnach vor der Wahl, ob wir unsere Folgerungen mehr auf die Morbidität oder mehr auf die Mortalität stützen wollen. Für erstere sprechen die grossen Zahlen, für letztere die Gewissheit, dass alle Fälle bekannt werden. Doch ist letztere Gewissheit nicht unbedingt, da als Todesursache statt Masern auch eine Folgekrankheit derselben angegeben werden kann. Wenn auch andrerseits durch Vernachlässigung der Anzeigepflicht nicht alle Fälle von Masern amtlich

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

bekannt werden, so liegt doch kein Grund für die Annahme vor, dass die Vernachlässigung in dem einen Jahr das männliche, in dem anderen Jahre das weibliche Geschlecht stärker betrifft. Der Entscheid, ob Morbidität oder Mortalität als Stütze der Folgerungen zu wählen, ist also schwer. Doch ist er vielleicht gar nicht nötig; vielleicht änderte sich die Masernletalität gerade nur für ein Geschlecht in diesen Jahren. Diese Voraussetzung könnte zutreffen, wenn es sich bloss um Jahre stärkerer Krankheitsausbreitung oder bloss um Jahre verringerter Krankheitsausbreitung handeln würde. Dies ist aber nicht der Fall. Die Morbiditätsverhältniszahl nahm zu bei abnehmender Mortalitätsverhältniszahl in zwei (event. in einem) Jahren steigender und einem Jahre abnehmender Krankheitsausbreitung. In einem weiteren Jahre abnehmender Krankheitsausbreitung nahm die Morbiditätsverhältniszahl ab bei zunehmender Mortalitätsverhältniszahl.

Schon aus letzterem Satze ergibt sich, dass die Variation der Krankheitsausbreitung nicht stets dieselbe Variation der Morbiditätsverhältniszahl bewirkt. Überhaupt ist die letztere gering. In 19 Jahren war sie nur einmal über 105 und nur zweimal unter 95. Sie nahm mit zunehmender Krankheitsausbreitung zu oder ab, mit abnehmender ebenfalls. Betrachten wir nur die Jahre nach 1891, so betrug die Verhältniszahl in Jahren bis zu 11000 Krankheitsfällen 100, bis zu 12000 Erkrankungen 98, bis zu 13000 Erkrankungen 100, bis zu 15000 Erkrankungen 102, bis zu 16000 Erkrankungen 102, über 16000 Erkrankungen 97. Die Zunahme der Masernfälle ist daher nicht durch häufigeres Erkranken eines der beiden Geschlechter bedingt.

Bei der Mortalität werden wir es nicht anders zu finden erwarten. Es betrug die Verhältniszahl (nach 1891) in den Jahren bis 700 Todesfälle 96, bis 800 Todesfälle 103, bis 900 Todesfälle 97, über 900 Todesfälle 99, also auch hier fast gar keine Variation.

Bei den nachfolgenden zwei Krankheiten haben wir es nur mit den Erkrankungen zu tun. Die Anzeigepflicht für Varizellen besteht ebenso wie für Masern erst seit dem Jahre 1886, die für Röteln seit dem Jahre 1896.

An Varicellae erkrankten

Jahr	Männer	Weiber	Verhältniszahl
1887	776	683	88
1888	756	781	103
1889	829	771	93
1890	711	878	123
1891	1019	918	90

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Jahr	Männer	Weiber	Verhältniszahl
1892	1265	1273	101
1893	1429	1460	102
1894	1513	1402	93
1895	1384	1331	96
1896	1617	1515	94
1897	1476	1636	111
1898	1705	1653	97
1899	1623	1610	99
1900	1680	1759	105
1901	1727	1688	98
1902	2057	2045	99
1903	1867	1798	96
1904	2113	1996	94
1905	1958	1835	94

Bis zum Jahre 1891 finden wir alljährlich eine starke Variation der Verhältniszahl, nach diesem Jahre nur zweimal, nämlich 1897 und 1900, eine beträchtliche Vergrösserung, ohne dass in die Krankheitsausbreitung eine nennenswerte Veränderung vor sich gegangen wäre. Sonst bleibt nach dem Jahre 1891 die Verhältniszahl sich mindestens in zwei aufeinanderfolgenden Jahren ziemlich gleich, mögen auch diese Jahre abwechselnd eine Krankheitszu- oder -abnahme bedeuten. Die Verhältniszahl der letzten vier Jahre mit der anscheinend stärksten Krankheitsausbreitung (vielleicht nur genauere Erfüllung der Anzeigepflicht?) gleichen der der Jahre 1894—1896 mit mittelstarker Krankheitsausbreitung. Die Variation der Krankheitsausbreitung bei Varicellae zieht demnach keine Variation der Verhältniszahl nach sich.

An Röteln erkrankten

Jahr	Männer	Weiber	Verhältniszahl
1896	22	27	123
1897	145	171	118
1898	47	42	89
1899	360	388	108
1900	66	80	121
1901	47	82	174
1902	363	425	117
1903	360	403	112
1904	73	75	103
1905	542	593	109

Die Verhältniszahl weist grosse Schwankungen auf. Die grössten finden sich aber nur, wo wir nur wenig angezeigte Fälle zur Verfügung haben. Diese Schwankungen gehen nach jeder Richtung;

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die grösste sowohl wie die kleinste Verhältniszahl findet sich bei schwacher Krankheitsausbreitung. Haben wir es mit einer erklecklichen Zahl angezeigter Fälle zu tun (Jahre 1899, 1902, 1903, 1905), so schwankt die Verhältniszahl nur wenig, nur zwischen 108 und 117. Aus alledem folgt, dass wir über den Einfluss der Krankheitsausbreitung auf die Verhältniszahl der Röteln nichts aussagen können.

An Mumps erkrankten (Anzeigepflicht seit dem Jahre 1896)

Jahr	Männer	Weiber	Verhältniszahl
1896	87	43	49
1897	396	259	65
1898	1320	1197	91
1899	151	105	70
1900	891	754	85
1901	855	848	99
1902	377	297	79
1903	1125	1097	98
1904	1201	1088	91
1905	388	354	91

Bei Mumps scheint tatsächlich die Grösse der Verhältniszahl von der Krankheitsausbreitung beeinflusst zu sein. Bei geringer Krankheitsausbreitung haben wir die kleinsten Verhältniszahlen und hohe überhaupt nicht, bei starker Krankheitsausbreitung hohe Verhältniszahlen und niedrige überhaupt nicht. Dies tritt auch deutlich bei Zusammenfassung mehrerer Jahre hervor. Die Verhältniszahl betrug bei Jahreserkrankungen bis 300 nur 62, bei Jahreserkrankungen zwischen 600 und 800 schon 78, bei Jahreserkrankungen zwischen 1600 und 1800 92 und bei Jahreserkrankungen zwischen 2100 und 2600 93, also eine kontinuierliche Zunahme. Bei Mumpsepidemien wird demnach das weibliche Geschlecht relativ häufiger von der Krankheit befallen.

Bei Bauchtyphus sind wir nicht in der Lage, den Einfluss einer Epidemie auf die Beteiligung beider Geschlechter zu prüfen. Seit nämlich durch Einführung der Hochquellenwasserleitung die Typhusmorbidität und -mortalität Wiens herabgesetzt wurde, kam es gar nicht mehr zu eigentlichen Typhusepidemieen. Wohl schwankte in den Jahren 1892—1905 die Typhussterblichkeit zwischen 49 und 135, die Typhusmorbidität zwischen 308 und 730 Fällen in einem Jahre, aber trotzdem können wir die Jahre mit höchster Morbidität und Mortalität nicht als Epidemiejahre ansprechen. Da ferner die Kleinheit der Zahlen uns vor Zufallsfehlern nicht schützt, so unterlasse ich die Beibringung der Jahr für Jahr vorgekommenen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Fälle und begnüge mich mit zwei verschiedenen Zusammenfassungen.

Zeit	Erkrankt			Gestorben		
	Männer	Weiber	Verhältniszahl	Männer	Weiber	Verhältniszahl
1881—1885	736	815	111	361	251	70
1886—1890	810	751	93	177	158	89
1891—1895	1150	811	71	261	186	71
1896—1900	1288	1073	83	262	185	71
1901—1905	903	974	108	166	165	99

Die ersten zwei Quinquennien beziehen sich auf das nicht erweiterte Gemeindegebiet. Der Vergleich zwischen Morbidität und Mortalität des ersten Quinquenniums zeigt eine sehr ungenaue Erfüllung der Anzeigepflicht.

Die Verhältniszahl der Mortalität zeigt deutlich eine Zunahme bei Abnahme der Krankheitsausbreitung. Dass dies bei der Morbidität nicht so klar hervortritt, mag seine Ursache in der Unvollständigkeit der Krankheitsanzeigen haben, welche wir auch in dem ersten Quinquennium für das erweiterte Gemeindegebiet anzunehmen berechtigt sind und welche, wie aus obigen Zahlen hervorzugehen scheint, das weibliche Geschlecht stärker als das männliche betrifft.

Die zweite Zusammenfassung richtet sich nach der Zahl der Jahresfälle, wobei wir zwei Zeitperioden (bis 1891 und nach 1891) unterscheiden müssen. Die Morbiditätsverhältniszahl betrug in der ersten Zeitperiode bei 200—300 Jahresfällen 100, bei 300—400 Jahresfällen 84, bei 400—500 Jahresfällen 95, in der zweiten Zeitperiode bei 300—400 Jahresfällen 88, bei 400—500 Jahresfällen 87, über 500 Jahresfälle 85. Die Mortalitätsverhältniszahl betrug in der ersten Zeitperiode bis zu 75 Jahresfällen 86, bei 76—100 Jahresfällen 87, über 100 Jahresfälle 72, in der zweiten Zeitperiode bis zu 75 Jahresfällen 83, bei 76—100 Jahresfällen 76, über 100 Jahresfälle 74. Es erscheint demnach deutlich bei der Mortalität, aber auch bei der Morbidität wenigstens in der zweiten Zeitperiode unverkennbar, dass die Zunahme der Typhusausbreitung eine, wenn auch nur geringe, Herabsetzung der Verhältniszahl bedingt.

An Diphtherie

Jahr	erkrankten			starben		
	Männer	Weiber	Verhältniszahl	Männer	Weiber	Verhältniszahl
1879	888	1043	117	336	358	107
1880	645	821	127	212	254	120
1881	592	697	118	189	194	103

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Jahr	erkrankten			starben		
	Männer	Weiber	Verhältniszahl	Männer	Weiber	Verhältniszahl
1882	546	669	123	174	158	91
1883	369	411	111	91	110	121
1884	278	343	123	74	70	95
1885	339	392	116	120	84	70
1886	476	530	111	165	163	99
1887	432	519	120	107	98	92
1888	475	528	111	111	129	116
1889	430	444	103	111	111	100
1890	505	587	116	139	143	103
1891	921	1002	109	303	314	104
1892	2055	2277	111	793	787	99
1893	2268	2458	108	841	774	92
1894	2270	2473	109	877	802	91
1895	1768	1822	103	392	318	81
1896	1537	1534	100	348	273	78
1897	1473	1564	106	285	289	101
1898	1392	1569	113	271	249	92
1899	1458	1513	104	259	230	89
1900	1074	1111	104	152	154	102
1901	1419	1377	97	209	178	85
1902	1709	1792	105	219	219	100
1903	2068	2074	100	225	199	88
1904	2105	2248	107	203	183	90
1905	2283	2262	99	232	217	94

Es macht entschieden den Eindruck, als ob die Verhältniszahl der Morbidität in Abnahme wäre, dass sich also das Erkrankungsplus des weiblichen Geschlechtes verringert. Diese Folgerung dürfen wir aber nur ziehen, wenn wir die Jahre bis 1890 inklusive mit ihren fast durchwegs hohen Verhältniszahlen unberücksichtigt lassen, da in die Statistik dieser Jahre Krupp nicht mitinbegriffen ist. Bis 1891 finden wir anfangs jedes zweite, späterhin jedes dritte Jahr eine Erhöhung der Verhältniszahl, die jedoch in keinem Zusammenhange mit einer epidemiologischen Variation steht. Dies gilt nicht bloss für die Morbidität, sondern auch für die Mortalität, wie sich auch bei Zusammenfassung mehrerer Jahre zeigt.

Die Morbiditätsverhältniszahl beträgt in den Jahren bis 1891 bei Jahreserkrankungen zwischen 600 und 800 116, bei 800—1000 Jahreserkrankungen 112, bei 1000—1100 Jahresfällen 113, bei 1200 bis 1300 Jahresfällen 120, bei 1400—2000 Jahresfällen 117, in der Zeit nach 1891 bei 2100—3000 Jahreserkrankungen 104, bei 3000 bis 4000 Jahresfällen 103, bei 4000—4500 Jahresfällen 106, bei

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

4500—5000 Jahresfällen 105. Die Mortalitätsverhältniszahl beträgt in der ersteren Zeitperiode bei 100—300 Jahresfällen 99, bei 300 bis 400 Jahresfällen 98, bei 400—700 Jahresfällen 109, in der zweiten Zeitperiode bei 300—400 Jahresfällen 91, bei 400—500 Jahresfällen 92, bei 500—600 Jahresfällen 97, bei 600—700 Jahresfällen 79, bei 1500—1700 Jahresfällen 94. Es lassen sich demnach keine Variationen der Verhältniszahl nach einer bestimmten Richtung hin nachweisen.

An Keuchhusten (seit 1886 anzeigepflichtig)

	erkrankten			starben		
Jahr	Männer	Weiber	Verhältniszahl	Männer	Weiber	Verhältniszahl
1887	329	393	119	33	40	121
1888	480	580	121	36	57	158
1889	656	793	121	43	48	112
1890	584	690	118	30	48	160
1891	422	535	127	33	31	94
1892	1221	1600	131	77	117	152
1893	963	1117	115	59	64	108
1894	421	586	139	23	34	148
1895	1428	1764	124	84	123	146
1896	1079	1306	121	85	91	107
1897	694	861	124	37	63	170
1898	931	1179	127	63	62	98
1899	1288	1649	128	80	108	135
1900	990	1287	130	60	115	192
1901	559	696	125	33	48	145
1902	1359	1855	136	92	112	122
1903	1676	2080	124	99	132	133
1904	607	776	128	37	49	132
1905	1741	2176	125	107	121	113

Die Verhältniszahl der Mortalität zeigt übergrosse Schwankungen, bei der Kleinheit des Beobachtungsmateriales eigentlich selbstverständlich. Daher wollen wir nur auf Zusammenfassungen mehrerer Jahre unsere Folgerungen stützen, wobei wir nur die letzten 15 Jahre berücksichtigen. (Die Zahl der Todesfälle des Jahres 1891 beträgt für das erweiterte Gemeindegebiet 63 M. und 77 W.) Die Verhältniszahl betrug in Jahren bis zu 100 Todesfällen 149, bis 150 Todesfälle 110, bis 200 Todesfälle 112, bis 250 Todesfälle 128. Würden wir von der ersten Verhältniszahl absehen dürfen, die sich auf insgesamt 324 Todesfälle gründet, so könnten wir eine Zunahme der Verhältniszahl mit Zunahme der Todesfälle behaupten.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die Verhältniszahl der Morbidität zeigt kleinere Schwankungen als die der Mortalität, nämlich nur von 115—139. Die grösste Verhältniszahl finden wir bei der schwächsten Ausbreitung der Krankheit nach dem Jahre 1891, die zweitgrösste bei starker Ausbreitung. Da auch sonst das Verhalten der einzelnen Jahre kein eindeutiges Bild gibt, müssen wir wieder auf Zusammenfassungen unsere Folgerungen stützen. Die Verhältniszahl betrug in Jahren mit 1000—2000 Erkrankungen 133, bis 2500 Erkrankungen 123, bis 3000 Erkrankungen 130, über 3000 Erkrankungen 127. Demnach erscheint eine Zunahme der Keuchhustenfälle ohne Einfluss auf die Verhältniszahl.

Auch bei Rotlauf, welcher seit dem Jahre 1886 anzeigepflichtig ist, können wir bei der Mortalität keine grossen Jahresnnterschiede feststellen. Die Zahl der Todesfälle seit 1890 schwankt zwischen 73 und 132. Wir sind also auf Zusammenfassungen angewiesen. Es betrug die Verhältniszahl in den Jahren mit weniger als 100 Todesfällen 96, mit mehr als 100 Todesfällen 93, also keine auffallende Differenz.

Grössere Unterschiede zeigen die einzelnen Jahre hinsichtlich der Zahl der Rotlauferkrankungen. Es erkrankten nämlich an Rotlauf:

Jahr	Männer	Weiber	Verhältniszahl
1887	225	399	177
1888	293	484	165
1889	262	383	146
1890	327	434	133
1891	330	489	148
1892	468	666	143
1893	782	1123	156
1894	808	1077	133
1895	611	879	144
1896	666	920	138
1897	556	754	136
1898	611	890	146
1899	699	1069	153
1900	538	860	160
1901	818	1069	131
1902	846	1161	137
1903	837	1127	135
1904	691	1117	162
1605	718	989	138

Die Verhältniszahl zeigt grosse Schwankungen, ohne dass dieselben jedoch deutlich mit der Ausbreitung der Krankheit in Zusammenhang zu stehen scheinen. Sie betrug in Jahren mit 1000

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

bis 1500 Rotlauffällen 145, mit 1500—1750 Fällen 140, mit 1750 bis 2007 Fällen 141. Es zeigt sich demnach kein deutlicher Zusammenhang zwischen Zahl der Rotlauffälle und Grösse der Verhältniszahl.

Überblicken wir die bisherigen Resultate, so konnten wir bei Blattern, Scharlach, Masern, Varicellae, Diphtherie, Keuchhusten und Rotlauf keine Änderung der Verhältniszahl durch Zu- oder Abnahme der Krankheitsausbreitung mit Sicherheit feststellen. Grössere Virulenz oder weitere Verbreitung der Keime dieser Krankheiten gefährdet also nicht das eine Geschlecht stärker als der andere. Dieses Resultat war zu erwarten. Habe ich doch in einer der zitierten Arbeiten ausdrücklich hervorheben können, dass eines der beiden Geschlechter von Natur aus nicht stärker gegen obige Infektionskrankheiten geschützt ist als das andere, dass die grössere Sterblichkeit der Knaben im 1. Lebensjahre nicht unter anderem von einer geringeren Widerstandskraft gegen Infektionskrankheiten herrührt. Eine Bestätigung dieser Ansicht erhalten wir durch obiges Resultat. Würde eine Veränderung der Stärke der Krankheitsausbreitung eine Variation der Verhältniszahl, also ein relativ häufigeres Erkranken des einen Geschlechtes, nach sich ziehen, so würden wir an der Gleichheit der angeborenen Widerstandskraft beider Geschlechter gegen Infektionskrankheiten zweifeln müssen. Wohl kann eine Veränderung der Verhältniszahl auch dadurch eintreten, dass die Variation der Krankheitsausbreitung auch eine Variation der Infektionsgelegenheit bedingt, wodurch beide Geschlechter nicht in gleicher Weise betroffen werden; aber derlei kommt bei den sogenannten Kinderkrankheiten, zu welchen fast alle die obengenannten Krankheiten zählen, nicht in Frage.

Dagegen wissen wir, dass bei Bauchtyphus manche Infektionsgelegenheit nur das männliche Geschlecht betrifft, d. h., dass das männliche Geschlecht öfters sodann in die Lage kommt, Typhus zu akquirieren. Ich wies l. c. auf die Erdarbeiter, auf die Marschübungen der Soldaten, auf den grösseren Wandertrieb des männlichen Geschlechtes etc. hin. Tritt nun diese Infektionsgelegenheit stärker in Aktion, so haben wir bei stärkerer Krankheitsausbreitung eine Herabsetzung der Verhältniszahl, wie wir auch fanden. Dieselbe ist, entsprechend der Bewertung der Infektionsgelegenheit, nicht gross. Damit stimmt nun auch vollständig überein, dass ich in meiner Letalitätsstudie die Zunahme der Typhusausbreitung als auf Zunahme der Keime (eventuell Infektionsgelegenheit, wie ich l. c. schon sagte) beruhend erklären konnte. Eine durch Virulenzzunahme der Keime bedingte Typhusepidemie würde, da die Infektionsgelegenheiten nicht geändert sind, keine Änderung der Verhältniszahl bewirken können. Herrscht jedoch keine Epidemie,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

dann gewinnt die das weibliche Geschlecht hauptsächliche treffende Infektionsmöglichkeit bei der Pflege Typhuskranker relativ an Bedeutung.

Demnach stimmen die bisherigen Resultate gut mit denen von mir andernorts gefundenen überein. Eine Ausnahme zeigt nur Mumps, dessen stärkere Ausbreitung die Verhältniszahl erhöht. Wie das zustande kommt, kann ich nicht angeben. Vielleicht handelt es sich nur um Zufallsfehler, vielleicht spielt ein mir unbekannter nur ein Geschlecht betreffender Übertragungsmodus mit.

II.

Die bisherigen Ausführungen stützten sich auf die Statistik der ganzen Stadt Wien. Nun ist jedoch Wien, wie jede Grossstadt, kein homogenes Ganze, sondern zerfällt in viele Teile verschiedenen Wohlhabenheitsgrades, in welchen sich Epidemien weder zu gleicher Zeit noch in gleicher Stärke bemerkbar machen. Wenn wir es als selbstverständlich ansehen müssen, dass eine epidemiologische Untersuchung, wie die vorhergehende, sich nicht auf die Statistik eines Landes als Ganzes, sondern nur auf die Statistik eines umgrenzten, aber immerhin grösseren Ortes bezieht, so sollten wir folgerichtig nicht die Grossstadt als Ganzes, sondern ihre einzelnen Teile gesondert als Untersuchungsobjekt vornehmen. Dies selbst dann, wenn wir ohne weiteres zugestehen, dass die Teile einer Grossstadt nur Verwaltungsbezirke sind, soweit sie statistisch erfassbar sind, und noch weniger, als die Stadt gegen das Land gegen einander abgeschlossen sind.

Wien besteht aus derzeit 21 Verwaltungsbezirken von verschiedenem Wohlhabenheitsgrade. Wie ich andernorts[1]) nachgewiesen habe, kann man nicht behaupten, dass der Einfluss des Wohlhabenheitsgrades auf die Verbreitung der Infektionskrankheiten in Wien sich im Kindesalter bei einem Geschlecht stärker, als beim anderen bemerkbar macht. Schon daraus können wir folgern, dass unsere bisherigen Ergebnisse nicht auf Täuschung durch wechselnd starken Anteil der einzelnen Bezirke an den Infektionskrankheiten beruhen. Um aber ganz sicher zu gehen, müssen wir Bezirk für Bezirk durchnehmen. Damit wir aber nicht infolge Materialskleinheit Zufallsfehler zu stark mitsprechen lassen, sind wir von vornherein auf Zusammenfassungen angewiesen. Zur Benutzung gelangt das Material der Jahre 1892—1906, welches in drei Teile geteilt wird. Der erste Teil umfasst die fünf Jahre mit den wenigsten Fällen

1) Der Einfluss des Wohlhabenheitsgrades auf die Infektionskrankheiten im Wien. Centralbl. f. allgem. Gesundheitspflege. 23. Jahrg.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

beim männlichen Geschlechte und den entsprechenden Fällen beim weiblichen Geschlechte, der letzte Teil die vier Jahre mit den meisten Fällen beim männlichen Geschlechte. Diese Einteilung bewirkt, dass die einzelnen Gruppen der 19 Bezirke (der 20. wird mit dem 2. vereint, von dem er erst 1899 abgetrennt wurde, der 21. fällt, weil erst im Jahre 1905 dazu gekommen, weg) sich nicht immer auf die gleichen Jahre beziehen. Dies ist kein Nachteil, da wir ja nicht die Bezirke untereinander vergleichen, sondern eher ein Vorteil, da ein etwaiger genius epidemicus irgend eines Jahres sich nicht in derselben Gruppe bemerkbar machen kann. Aber selbst nach dieser Zusammenfassung ist das Beobachtungsmaterial noch nicht allenthalben gross. Ich werde daher nur für jene Bezirke und Krankheiten das Material anführen, wo die 3. Gruppe mehr als 1000 Fälle beiderlei Geschlechts aufweist.

Masernerkrankungen.

Bezirk	I. Gruppe			II. Gruppe			III. Gruppe		
	Männer	Weiber	Verhältniszahl	Männer	Weiber	Verhältniszahl	Männer	Weiber	Verhältniszahl
1	461	436	95	817	671	82	1055	971	92
2	640	575	90	1103	1163	105	1321	1214	92
1 u. 4	1101	1011	92	1920	1834	96	2376	2185	92
6	670	802	120	936	1006	108	985	967	98
7	804	793	99	1201	1227	102	1150	1184	103
8	587	557	95	841	929	110	915	891	97
9	1088	1200	110	1549	1537	99	1726	1630	94
6, 7, 8, 9	3149	3352	106	4527	4699	104	4776	4672	98
2	3568	3764	105	4812	4691	97	5229	5039	96
3	1390	1444	104	2222	2123	96	2217	2140	96
2 u. 3	4958	5208	105	7034	6814	97	7446	7179	96
5	1823	1794	98	2464	2559	104	2525	2677	106
10	1898	1885	99	2521	2564	102	2797	2675	96
5 u. 10	3721	3679	99	4985	5123	103	5322	5352	101
13	779	822	106	1388	1427	103	1605	1514	94
18	1465	1530	104	2018	2115	105	2020	2085	103
19	551	555	101	958	952	99	1123	1146	102
13, 18, 19	2795	2907	104	4364	4494	103	4748	4745	100
11	597	592	99	957	900	94	1038	986	95
12	1100	1098	100	1785	1917	107	2055	2011	98
14	819	814	99	1627	1680	103	1832	1785	97
15	506	533	105	848	860	101	925	924	100
16	2212	2298	104	3489	3315	95	3993	3899	98
17	1431	1490	104	2370	2497	105	2827	2840	100
11, 12, 14—17	6665	6825	102	11076	11169	101	12670	12445	98

Die Bezirke sind nach ihrer Wohlhabenheit geordnet. Zuerst kommen die zehn alten Gemeindebezirke, von denen der 1. und 4.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

reich, der 6., 7., 8., 9. wohlhabend, der 2. und 3. arm, der 5. und 20. sehr arm sind, dann kommen die infolge Erweiterung des Gemeindegebietes hinzugekommenen 9 Bezirke, und zwar zuerst die 3 wohlhabenden Bezirke. Da ja jeder Bezirk als solcher für sich betrachtet werden soll, war eine Zusammenfassung der Bezirke gleichen Wohlhabenheitsgrades nicht nötig; geschah aber doch, um zu zeigen, wie sich bei verschiedenem Wohlhabenheitsgrade die Verhältniszahl bei epidemiologischer Variation gestaltet.

Grössere, mehr als zehn betragende Differenzen der Verhältniszahl finden sich sechsmal vor. Sie betreffend die beiden reichen, drei der wohlhabenden alten und einen wohlhabenden neuen Bezirk. Die armen Bezirke weisen also nur geringe Änderungen der Verhältniszahl auf. Schwankungen von zwei, drei, vier (zweimal), fünf (zweimal) bis hinauf zu neun, können wir wohl nicht als etwas durchgreifendes betrachten. Schon deshalb können wir sagen, dass eine Zu- oder Abnahme der Masernfälle in armen Bezirken keine Veränderung der Verhältniszahl hervorruft. In dieser Meinung werden wir um so mehr bekräftigt, als auch die kleinen Veränderungen nicht in demselben Sinne stets vor sich gehen. Es findet sich nämlich bei den zehn armen Bezirken die grösste Verhältniszahl fünfmal bei der ersten, viermal bei der zweiten, einmal bei der dritten Gruppe. Die kleinste Verhältniszahl einmal bei der ersten, dreimal bei der zweiten und sechsmal bei der dritten Gruppe. Wenn wir nur diese beiden Extreme betrachten, dann allerdings scheint bei zunehmender Masernausbreitung in armen Bezirken das männliche Geschlecht stärker befallen zu werden, wenn das auch nicht regelmässig geschieht. Daraus eine Regel zu machen, hindert aber die schon erwähnte Kleinheit der Differenz der Verhältniszahlen und überdies das Verhalten der zweiten Gruppe, welches sich bald dem Verhalten der ersten, bald dem der dritten Gruppe anschliesst.

Betrachten wir nun die wohlhabenden Bezirke. Die grösste Verhältniszahl findet sich viermal bei der ersten, dreimal bei der zweiten, zweimal bei der dritten Gruppe, die kleinste Verhältniszahl dreimal bei der ersten, zweimal bei der zweiten und viermal bei der dritten Gruppe. Hier, wo die Differenzen der Verhältniszahlen grösser sind, haben wir ein so kunterbuntes Bild, dass wir einen Zusammenhang zwischen Masernausbreitung und Variation der Verhältniszahl absolut nicht feststellen können.

Die Vorführung der vollständigen Reihe aller 19 Bezirke predigt deutlich die absolute Unzuverlässigkeit der Aufstellung von Regeln, die sich auf das Material von nur zweier oder weniger Bezirke stützen. Nehmen wir z. B. die Masernfälle der zwei armen alten Bezirke; welch' schöne Übereinstimmung der Verhältniszahlen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

könnten wir da feststellen! Dieselbe könnte uns zur Aufstellung der Regel verleiten, dass Zunahme der Masernepidemien mehr auf Kosten des männlichen als des weiblichen Geschlechtes stattfindet, einer Regel, die sofort durch die Gestaltung der Verhältniszahlen des zunächst rangierenden Bezirkes als falsch sich erweist. Diese Bemerkungen mussten deswegen vorgebracht werden, weil wir bei allen anderen Krankheiten oft nur wenige Bezirke mit mehr als 1000 Fällen in der dritten Gruppe haben und uns daher hüten müssen, auf dieses geringe Material hin voreilig ein Urteil abzugeben.

Scharlacherkrankungen.

Bezirk	I. Gruppe			II. Gruppe			III. Gruppe		
	Männer	Weiber	Verhältniszahl	Männer	Weiber	Verhältniszahl	Männer	Weiber	Verhältniszahl
2	749	732	98	1251	1217	97	1311	1334	102
3	324	338	104	535	569	106	647	631	98
5	269	301	112	515	538	104	650	635	96
10	323	358	111	514	506	98	717	708	99
16	436	450	103	624	688	110	743	805	108
17	272	338	124	379	437	115	550	644	117
18	297	285	96	448	467	104	567	596	105

Wir haben es hier, wie auch in den nächsten drei Tabellen fast ausschliesslich mit armen Bezirken zu tun. Wir finden alle möglichen Kombinationen hinsichtlich der Verhältniszahl. Sie nimmt mit der Krankheitsausbreitung konstant zu im 18. Bezirke, mit Unterbrechung in der zweiten Gruppe zu im zweiten Bezirke, unregelmässig zu im 16. Bezirke, sie nimmt konstant ab im fünften Bezirke, mit Unterbrechung in der zweiten Gruppe ab im dritten Bezirke, unregelmässig ab im 10. und 17. Bezirke. Das heisst, wir finden keinerlei einseitige Beeinflussung der Verhältniszahl durch Zunahme der Scharlacherkrankungen.

Varizellenerkrankungen.

Bezirk	I. Gruppe			II. Gruppe			III. Gruppe		
	Männer	Weiber	Verhältniszahl	Männer	Weiber	Verhältniszahl	Männer	Weiber	Verhältniszahl
2	1137	1173	103	1374	1328	97	1246	1185	95
3	463	529	112	571	569	100	658	564	86
5	482	473	98	543	564	104	499	554	111
16	469	464	99	750	798	106	855	863	101
17	386	409	106	525	536	102	539	498	92
18	425	473	111	624	586	94	600	580	97

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Anscheinend mehr Regelmässigkeit als die Variationen der Verhältniszahl bei den Scharlacherkrankungen zeigen die Variationen der Verhältniszahl bei den Varicellen. Wir haben konstante Abnahme im zweiten, dritten und 17. Bezirke, unregelmässige Abnahme im 18. Bezirke, konstante Zunahme im fünften Bezirke, unregelmässige Zunahme im 15. Bezirke. Obwohl wir also in zwei Drittel der — allerdings nur sechs — Bezirke Abnahme der Verhältniszahl bei Zunahme der Varicellen haben, können wir dies doch nicht als Regel hinstellen.

Diphtherieerkrankungen.

Bezirk	I. Gruppe			II. Gruppe			III. Gruppe		
	Männer	Weiber	Verhältniszahl	Männer	Weiber	Verhältniszahl	Männer	Weiber	Verhältniszahl
2	871	937	108	1143	1187	104	1078	1083	100
3	503	577	115	663	719	108	752	778	103
5	375	376	100	504	498	99	745	772	104
10	606	652	108	798	826	104	876	845	96
12	341	423	124	499	548	101	557	605	109
13	304	312	103	502	508	101	549	614	112
16	715	721	101	990	1055	107	1069	1051	98
17	429	461	107	646	695	108	646	692	107

Die Verhältniszahl zeigt fast keine Veränderung im 17. Bezirke, konstante Abnahme im zweiten, dritten und zehnten Bezirke, unregelmässige Abnahme im 12. Bezirke, unterbrochene Abnahme im 16. Bezirke, unterbrochene Zunahme im 5. und 13. Bezirke. Also auch hier häufiger Verkleinerung der Verhältniszahl mit zunehmender Krankheitsausbreitung, aber dies keineswegs Regel.

Keuchhustenerkrankungen.

Bezirk	I. Gruppe			II. Gruppe			III. Gruppe		
	Männer	Weiber	Verhältniszahl	Männer	Weiber	Verhältniszahl	Männer	Weiber	Verhältniszah
2	399	581	146	706	849	120	926	1233	133
3	249	352	141	461	559	121	478	599	125
5	240	299	125	475	564	119	575	667	116
16	377	496	132	671	888	132	998	1285	129
17	226	269	119	456	531	116	586	796	136
18	218	284	130	373	515	138	435	590	136

Wir haben unregelmässige Abnahme der Verhältniszahl im zweiten, dritten, fünften und 16. Bezirke, unterbrochene Zunahme

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

im 17. Bezirke, unregelmässige Zunahme im 18. Bezirke. Also auch hier häufiger Verkleinerung als Vergrösserung der Verhältniszahl bei stärkerer Krankheitsausbreitung.

Die Todesfälle an Masern, Scharlach, Diphtherie und Keuchhusten, sowie die Blattern-, Typhus- und Rotlauffälle sind an Zahl nicht so gross, dass wir sie mit Garantie der Zuverlässigkeit verwerten könnten. Überdies geben ja auch die Todesfällle nie das richtige Bild der Grösse der Krankheitsausbreitung, auf welches es uns hier ankommt.

Wenn wir auch bei der Betrachtung der Bezirke keinen deutlichen Zusammenhang zwischen Variation der Verhältniszahl und Krankheitsausbreitung finden konnten, wodurch die auf Grund des Gesamtmateriales aufgestellten Folgerungen eine Bestätigung fanden, so müssen wir doch hervorheben, dass wir öfters mit Zunahme der Krankheitsausbreitung eine Abnahme der Verhältniszahl, also eine schwächere Beteiligung des weiblichen Geschlechtes fanden. Am wenigsten trat dies bei Scharlach hervor, etwas häufiger bei Masern, am häufigsten bei Diphtherie und Keuchhusten. Es ist dabei wohl kein Zufall, dass die beiden letztgenannten Krankheiten (insbesondere Keuchhusten) jene beiden Krankheiten sind, die überhaupt eine stärkere Beteiligung des weiblichen Geschlechtes aufweisen. Ich fand ferner auch, wie schon eingangs erwähnt, dass Diphtherieepidemien der Virulenzzunahme der Keime stets, Keuchhustenepidemien manchmal ihre Entstehung verdanken. Virulenzzunahme bedeutet aber leichteres Überwinden von Widerständen, seien diese nun in einer zu geringen Infektionsgelegenheit oder in zu grosser Widerstandskraft des Organismus gelegen. Je weniger an und für sich ein Geschlecht (in unseren beiden Fällen das männliche) erkrankt, um so höher muss man seine Widerstandskraft, um so geringer die Infektionsgelegenheit, der es ausgesetzt ist, veranschlagen. Eine Virulenzzunahme der Krankheitskeime verringert die Wirkung beider, setzt in unserem Falle den Vorzug des männlichen Geschlechtes herab.

III.

Ausser der Beteiligung beider Geschlechter ist auch die Beteiligung der Altersklassen bei jeder Infektionskrankheit charakteristisch. Ob nun diese den epidemiologischen Einflüssen unterworfen ist, soll nun im Folgenden untersucht werden. Zu diesem Zwecke teile ich die Jahre in Epidemiejahre und epidemiefreie Jahre, eine allerdings nicht auf ein striktes Merkmal hin durchgeführte Unterscheidung. So zähle ich zu den Epidemiejahren Jahre mit mehr als 14000 Masernfällen, mehr als 300 Rötelnfälle, mehr als 3000 Varicellenfällen, mehr als 3000 Scharlachfällen, mehr als 1600 Mumps-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

fällen, mehr als 3500 Diphtheriefällen und mehr als 2300 Keuchhustenfälle. Die Epidemiejahre erscheinen in der folgenden Tabelle unter der Bezeichnung b, die epidemiefreien Jahre unter der Bezeichnung a. Die folgende Tabelle enthält nur Kinderkrankheiten.

Krankheit	Kategorie	Beobachtungsjahre		1. Jahr	2.—5. Jahr	6.—10. Jahr	11.—15. Jahr	über 15 Jahre	Summe
Masern	a	1888, 1892, 1895—1898, 1901, 1903, 1905	abs.	11941	47201	34376	2708	2281	98507
			in %	12,1	47,9	34,9	2,7	2,3	100
	b	1887, 1889-1891, 1893, 1894, 1899, 1900, 1902, 1904	abs.	13784	60777	44842	3363	2814	125580
			in %	11,0	48,4	35,7	2,7	2,3	100
Varicellae	a	1887—1890, 1892—1895	abs.	2034	6288	7804	814	302	17242
			in %	11,8	36,5	45,3	4,7	1,8	100
	b	1891, 1896—1905	abs.	4292	13405	17601	1536	454	37288
			in %	11,5	35,9	47,2	4,1	1,2	100
Röteln	a	1896, 1898, 1900, 1901, 1904	abs.	32	126	319	69	15	561
			in %	5,7	22,5	56,9	12,3	2,7	100
	b	1897, 1899, 1902, 1903, 1905	abs.	95	763	2211	458	222	3749
			in %	2,3	20,4	59,0	12,2	5,9	100
Scharlach	a	1889—1892, 1897—1900, 1903—1905	abs.	497	9031	8922	2809	1711	22970
			in %	2,2	39,3	38,8	12,2	7,4	100
	b	1887, 1888, 1893—1896, 1901, 1902	abs.	653	12227	11766	3761	2276	30692
			in %	2,1	39,8	38,3	12,3	7,4	100
Mumps	a	1894—1897, 1899, 1902, 1905	abs.	40	453	2258	434	230	3415
			in %	1,2	13,3	66,1	12,7	6,7	100
	b	1898, 1900, 1901, 1903, 1904	abs	92	1383	6942	1395	563	10375
			in %	0,9	13,3	66,9	13,4	5,4	100
Diphtherie	a	1887—1890, 1896—1901	abs.	1710	11846	4974	1024	1253	20807
			in %	8,2	56,9	23,9	4,9	6,0	100
	b	1891—1895, 1902—1905	abs.	2867	19334	9793	2048	1776	35818
			in %	8,0	54,0	27,3	5,7	5,0	100
Keuchhusten	a	1887, 1888, 1890, 1891, 1893, 1894, 1897, 1898, 1900, 1901, 1904	abs.	2954	7889	4438	351	48	15680
			in %	18,8	50,3	28,3	2,2	0,3	100
	b	1889, 1882, 1895, 1896, 1899, 1902, 1903, 1905	abs.	4695	11773	6691	398	114	23671
			in %	19,8	49,8	28,3	1,7	0,5	100

Grössere Unterschiede in der Altersverteilung finden sich überhaupt nicht. Am grössten sind sie bei Röteln, wo das Beobachtungsmaterial sehr klein ist, demnächst bei Diphtherie. Der Anteil der Jahre nach dem 10. Lebensjahre ändert sich bei Masern und Scharlach gar nicht, oder fast gar nicht bei verschiedener Ausbreitungsstärke der Krankheit; er differiert 0,2 % bei Diphtherie, um 0,3 % bei Keuchhusten, nur 0,6 % bei Mumps, um

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

1,2% bei Varicellae und um 3,1% bei Röteln, und zwar ist er nur bei Röteln in Epidemiejahren grösser, als in Nichtepidemiejahren. Was für die Gesamtheit der Jahre nach dem 10. Lebensjahre gilt, gilt aber nicht für die beiden differenzierten Teile dieser Altersklasse. Der Anteil des 11.—15. Lebensjahres ist in Epidemiejahren unverändert bei Masern, grösser: um 0,1% bei Scharlach, um 0,7% bei Mumps, um 0,8% bei Diphtherie, kleiner: um 0,1% bei Röteln, um 0,5% bei Keuchhusten, um 0,6% bei Varicellen. Der Anteil nach dem 15. Lebensjahre ist in Epidemiejahren unverändert bei Masern und Scharlach, grösser: um 0,2% bei Keuchhusten, um 3,2% bei Röteln, kleiner: um 0,6% bei Varicellen, um 1,0% bei Diphtherie, um 1,3% bei Mumps. Wenn auch die Differenzen absolut genommen nicht gross ausschauen, sind sie doch deswegen nicht unbeträchtlich, weil der in Frage kommende Anteil überhaupt nicht gross ist.

Eine geringfügige Differenz zeigt der Anteil des 1. Lebensjahres, aber sie ist immer vorhanden, und mit Ausnahme des Keuchhustens immer in demselben Sinne. In Epidemiejahren entfallen nämlich auf das 1. Lebensjahr relativ weniger Fälle bei Masern, Varicellae, Röteln, Scharlach, Mumps, Diphtherie. Diese Konstanz, die sich in dieser Weise sonst in keiner Altersklasse findet, ist auffallend. Es fragt sich nun, ob sich diese Differenz nur im 1. Lebensjahre findet, oder auch in dem oder den folgenden. Aus obiger Tabelle, in welcher die nächsten vier Lebensjahre in eine Altersklasse zusammengefasst sind, lässt sich keine Antwort auf diese Frage geben. Glücklicherweise steht aber die Statistik für jedes einzelne Lebensjahr bis zum 15. zu Gebote, allerdings bis jetzt nur bis zum Jahre 1902 inklusive. In der folgenden Tabelle (S. 141) detailliere ich das Material für die ersten 10 Lebensjahre; die Detaillierung für das 11.—15. Lebensjahr erspare ich mir deswegen, weil der Anteil eines dieser fünf Jahre bestenfalls durchschnittlich bei keiner Krankheit 3% erreicht.

Selbstverständlich stimmen die Verhältniszahlen dieser Tabelle mit denen der vorhergehenden nicht ganz überein. Aber auch hier finden wir, dass nur bei Keuchhusten das 1. Lebensjahr in Epidemiejahren stärker als epidemiefreien Jahren beteiligt ist, bei Masern, Mumps, Röteln und Diphtherie dagegen schwächer, bei Varicellen und Scharlach gleich. Die Verhältniszahlen für das 2. Lebensjahr bilden hierzu das Pendant; nirgends, auch nicht bei Keuchhusten, sind sie in Epidemiejahren grösser als in epidemiefreien Jahren, und nur bei Scharlach gleich. Fast dasselbe Bild zeigen auch die Verhältniszahlen für das 3. Lebensjahr, ein wenig grösser bei Mumps, Gleichheit bei Masern, kleiner bei Vari-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

cellen, Röteln, Scharlach und Diphtherie. Erst mit dem 4. Lebensjahre ändert sich dies. Masern, Varicellen, Scharlach, Mumps haben in Epidemiejahren grössere Verhältniszahlen als in epidemiefreien Jahren, Keuchhusten die gleiche.

Krankheit	Kategorie		Jahr 1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	Alle Lebensjahre
Masern	a	abs.	9620	12213	9828	8906	7270	8606	10163	4917	2259	1433	79 380
		in %	12,1	15,4	12,4	11,2	9,2	10,8	12,8	6,2	2,8	1,8	100
	b	abs.	11556	16151	13319	12173	10288	12285	14194	7025	3164	1866	107 630
		in %	11,7	15,0	12,4	11,3	9,6	11.4	13,2	6,5	2,9	1,7	100
Varicellae	a	abs.	2034	1759	1567	1522	1440	2347	2883	1422	682	470	17 242
		in %	11,8	10,2	9,1	8,8	8,4	13,6	16,7	8,2	4,0	2,7	100
	b	abs.	3035	2587	2275	2335	2107	3685	4203	2221	1116	717	25 721
		in %	11,8	10,1	8,8	9,1	8,2	14,3	16,3	8,6	4,3	2,8	100
Röteln	a	abs.	26	18	19	22	23	54	83	50	27	19	413
		in %	6,3	4,4	4,6	5,3	5,6	13,1	20,1	12,1	6,5	4,6	100
	b	abs.	46	73	81	83	110	151	327	299	177	118	1 851
		in %	2,5	3,9	4,4	4,5	5,9	8,2	17,7	16,2	9,6	6,4	100
Scharlach	a	abs.	363	1317	1881	1864	1760	1538	1604	1407	1052	890	17 034
		in %	2,1	7,7	11,0	10,9	10,3	9,0	9,4	8,3	6.2	5,2	100
	b	abs.	653	2358	3244	3409	3216	2889	2867	2472	1949	1589	30 692
		in %	2,1	7,7	10,6	11,1	10,5	9,4	9,3	8,0	6,4	5,2	100
Mumps	a	abs.	35	61	69	95	137	187	573	475	254	182	2 673
		in %	1,3	2,3	2,6	3,6	5,1	7,0	21,4	17,8	9,5	6,8	100
	b	abs.	54	111	158	224	256	641	1158	999	636	434	5 684
		in %	0,9	1,9	2,7	3,8	4,4	10,9	19,4	17,0	10,8	7,5	100
Diphtherie	a	abs.	1710	3548	3357	2769	2172	1591	1287	959	682	455	20 807
		in %	8,2	17,1	16,1	13,3	10,4	7,6	6,2	4,6	3,3	2,2	100
	b	abs.	1785	3642	3458	2922	2300	1912	1529	1161	782	645	22 778
		in %	7,8	16,0	15,2	12,8	10,1	8,4	6,7	5,1	3,4	2,8	100
Keuchhusten	a	abs.	2668	2494	1917	1580	1239	1449	1487	622	286	186	14 297
		in %	18,7	16,7	13,4	11,1	8,7	10,1	10,4	4,4	2,0	1,3	100
	b	abs.	3229	2638	2098	1768	1384	1545	1581	797	376	195	15 998
		in %	20,2	16,5	13,2	11,1	8,7	9,3	9,9	5,0	2,4	1,2	100

Weiterhin finden sich in Epidemiejahren stärker betroffen bei Masern das 5. bis 9. Lebensjahr, bei Varicellen das 6. und 8. bis 10. Lebensjahr, bei Röteln das 5. und 8. bis 10. Lebensjahr, bei Scharlach ein wenig das 5., 6. und 9. Lebensjahr, bei Mumps das 6., 9. und 10. Lebensjahr, bei Diphtherie das 6. bis 10. Lebensjahr, bei Keuch-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

husten nur das 8. und 9. Lebensjahr. Wir haben demnach als fast ungemein gültige Regel festgestellt, dass an Epidemien das 1. bis 3. Lebensjahr unterbeteiligt ist, dass die Mehrbeteiligung, soweit sie Kinder betrifft, zwischen das 4. bis 10. Lebensjahr fällt.

Was hat dies zu bedeuten? Vor Beantwortung dieser Frage wollen wir nochmals feststellen, dass diese Regel bei Keuchhusten nicht zutrifft. Keuchhusten ist aber auch jene Krankheit, unter welcher das 1. Lebensjahr am stärksten leidet und die mit jedem weiteren Lebensjahre konstant an Bedeutung verliert. Der im Verhältnisse zum 5. Lebensjahre grössere Anteil des 6. und 7. Lebensjahres ist nur scheinbar beruhend auf genauere Erfüllung der Anzeigepflicht während des schulpflichtigen Alters. Diese scheinbare Krankheitszunahme im 6. und 7. Lebensjahre finden wir auch bei Masern, Röteln, Varicellen und Mumps, jedoch nicht bei den beiden Krankheiten mit grösserer Letalität, Scharlach und Diphtherie, deren Gefährlichkeit eine genauere Erfüllung der Anzeigepflicht auch vor dem schulpflichtigen Alter bewirkt. Je ungefährlicher die Krankheit, um so stärker die Anteilszunahme im 6. und 7. Lebensjahre, also am geringsten bei Masern, am grössten bei Röteln und Mumps. Ausser Keuchhusten zeigen auch noch die Varicellen eine konstante Anteilsabnahme vom 1. Jahre an mit jedem weiteren Lebensjahre, jedoch nicht so intensiv wie Keuchhusten. Bei allen anderen Krankheiten fällt das Maximum des Anteiles nicht in das 1. Lebensjahr, bei Masern in das 2., bei Diphtherie in das 2. bis 3., bei Scharlach in das 3. bis 4.

Zweifelsohne können wir die konstante Abnahme der Häufigkeit der Kinderkrankheiten von einem bestimmten Lebensjahre an mit jedem weiteren Lebensjahre als den Ausdruck erworbener Immunität auffassen. Tritt nun eine dieser Krankheiten stärker auf, so sollte man meinen, dass sie die weniger geschützteren Altersklassen eher stärker denn schwächer befällt, falls überhaupt die Altersbeteiligung verschieden ausfällt. Das heisst, dass jene Altersklassen, wo die erworbene Immunität (der Altersklasse, nicht des Individuums) noch gering ist, bei Epidemien stärker gefährdet erscheinen sollten. Dies sehen wir denn tatsächlich auch bei Keuchhusten. Die stärkere Beteiligung des 1. Lebensjahres an Keuchhustenepidemien ist also nichts anderes als der Ausdruck geringerer Immunität. Warum aber verhält sich das 1. Lebensjahr bei Epidemien von Masern, Scharlach, Diphtherie, Varicellen nicht auch so wie bei Keuchhustenepidemien?

Zweierlei Ursachen sind denkbar; das Vorhandensein der einen schliesst das Vorhandensein der anderen nicht aus. Entweder geniessen bei oben genannten Krankheiten die ersten Lebensjahre einen stärkeren Schutz als die nächstfolgenden oder letztere sind bei Epidemien vermehrter Infektionsgelegenheit ausgesetzt.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Einen stärkeren Schutz der ersten Lebensjahre anzunehmen erscheint im ersten Momente zumindest auffallend, da die grosse Lebensbedrohung gerade des Säuglingsalters bekannt ist. Diese unleugbare Tatsache ist aber mit einem stärkeren Schutze des 1. Lebensjahres gegen Infektionskrankheiten in obigem Sinne gerade so wenig unvereinbar, wie die Tatsache, dass trotz grösserer Sterblichkeit der männlichen Säuglinge diese den Kinderkrankheiten nicht häufiger als die Mädchen unterworfen sind. Und dafür, dass im 1. Lebensjahre ein solcher Schutz besteht, spricht die Statistik die für das 1. Lebensjahr einen geringen Anteil an Masern, Scharlach, Diphtherie usw. nachweist. Dieser Schutz kann nicht erworben, er kann nur angeboren, ererbt sein. Es sind genugsam Versuche über den Übergang von Schutzstoffen auf den Fötus bei Infektion der Mutter gemacht worden. Gäbe es aber deren gar keine oder würden sie alle negativ ausgefallen sein, d. h. keinen Übergang von Schutzstoffen ergeben haben, so würde doch die Statistik als Experiment im grossen diesen Übergang festgestellt haben, und der negative Ausfall der Versuche würde nur zu bedeuten haben, dass der natürliche Infektionsmodus ein anderer ist oder dass der Nachweis der Schutzstoffe nicht durch den in den Versuch gewählten Weg richtig zu erbringen ist. Und wenn man schon zur Erklärung des gegenüber dem 2. Lebensjahre kleineren Anteil des 1. Lebensjahres an Masern, Scharlach, Diphtherie usw., nur den Umstand genügend befinden würde, dass die Säuglinge vermöge der ihnen zuteil werdenden sorgsamen Pflege vor Ansteckungsgefahr bewahrt bleiben, so gilt doch dieser Umstand nicht bei Scharlach für das 3. Jahr gegenüber dem 2., so wird doch die Bedeutung dieses Umstandes sehr in Frage gestellt durch das Verhalten des Keuchhustens, dessen Löwenanteil gerade auf das 1. Lebensjahr entfällt. Wir sehen uns deshalb zur Annahme einer angeborenen Immunität gezwungen, von der jedoch Keuchhusten vielleicht gänzlich ausgenommen ist. Dieser angeborene Schutz bewirkt es, dass Epidemien, seien sie nun durch grössere Virulenz der Keime, seien sie durch blosse intensive Keimvermehrung oder auch durch beides bedingt, in den ersten eines besonderen Schutzes geniessenden Lebensjahren auf ein, wenn auch nicht sehr beträchtliches Hindernis ihrer Verbreitung stossen.

Ausserdem kann sich auch die Infektionsgelegenheit für die Kinder vom 4. Lebensjahre an steigern. Für diese Kinder ist es anfangs die Strasse, später die Schule, wo sie häufig mit ihresgleichen in nahe Berührung kommen und so das Krankheitsgift empfangen können. Die Bedeutung dieser Infektionsgelegenheit wird statistisch um so grösser erscheinen, je weiter verbreitet das Virus ist, also bei Epidemien mehr als zu epidemiefreien Zeiten.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Sie wird ferner bei jenen Krankheiten um so grösser sein, wo Abortivformen, wie bei Diphtherie, zahlreich vorkommen und geradezu einen epidemiologischen Faktor vorstellen.

Bei der nun folgenden Tabelle der Todesfälle an Masern, Scharlach, Diphtherie und Keuchhusten bringe ich sofort die Aufteilung nach Altersjahren, also nur für die Jahre 1887—1902, wobei jedoch nur jene einzeln ausgewiesen werden, auf welche ein erklecklicher Prozentsatz aller Todesfälle entfällt. Unter a und b werden dieselben Jahre wie bei den Krankheitsfällen zusammengefasst, ob zwar manches Jahr, das bei den Erkrankungen als Epidemiejahr erscheint, sich bei den Todesfällen nicht als solches erweist, und umgekehrt.

Todesursache	Kateg.		1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9. u. 10.	11.—15.	über 15 J.	Summe
Scharlach	a	abs.	67	286	301	223	196	138	79	61	71	53	44	1519
		in %	4,4	18,9	19,8	14,7	12,9	9,1	5,2	4,0	4,7	3,5	2,9	100
	b	abs.	158	473	525	431	312	254	174	114	150	98	120	2806
		in %	5,6	16.9	18,7	15,4	11,1	9,1	6,2	4,1	5,3	3,5	4,3	100
Diphtherie	a	abs.	708	1344	776	523	334	222	112	81	72	46	63	4281
		in %	16,5	31,4	18,1	12,2	7,8	5,2	2,6	1,9	1,7	1,1	1,5	100
	b	abs.	861	1847	1313	865	577	413	221	166	149	85	73	6570
		in %	13,1	28,1	20,0	13,2	8,8	6,3	3,4	2,5	2,3	1.3	1,1	100
Masern	a	abs.	1839	1890	649	279	136	159				7	27	4986
		in %	36,9	37,9	13,0	5,6	2,7	3,2				0,1	0,5	100
	b	abs.	2273	2298	704	318	146	194				10	22	6031
		in %	38,1	38,5	11,8	5,3	2,4	3,3				0,2	0,4	100
Keuchhusten	a	abs.	501	259	94	62	20	30				—	—	966
		in %	51,8	26,8	9,7	6,4	2,1	3,2				—	—	100
	b	abs.	553	301	102	51	25	25				—	—	1057
		in %	52,3	28,5	9,6	4,8	2,4	2,4				—	—	100

Die Altersverteilung der Todesfälle zeigt ein anderes Bild als die der Erkrankungen hinsichtlich des epidemiologischen Faktors. Der Anteil des 1. Lebensjahres ist in Epidemien nur bei Diphtherie kleiner, hier und auch bei Scharlach der Anteil des 2. Lebensjahres. Bei Scharlach und Diphterie zeigen die späteren Kinderjahre in Epidemiejahren einen zumeist kleineren Anteil auf; bei Keuchhusten verhält es sich umgekehrt. Diese Tatsachen sind nicht eindeutig, da die Letalität einer Krankheit von Faktoren variabler Grösse abhängt. Wenn Diphtherieepidemien mit einer Virulenzzunahme der Krankheitskeime einhergehen, so werden deren deletäre Wirkungen sich dort stärker bemerkbar machen, wo nicht ohnehin der Orga-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nismus schon durchschnittlich leichteren Erkrankungen weniger Widerstand entgegensetzt, also im späteren Kindesalter mehr als im Säuglingsalter mit seiner so hohen Mortalität. Die abweichende Altersverteilung der Diphtherie in Epidemiejahren erscheint mir demnach nicht bloss erklärlich, sondern auch wieder als Beweis für die aus dem Verhalten der Letalität abgelehnten Behauptung der grösseren Virulenz der Diphtheriekeime zu Epidemiezeiten.

Gehen wir nun zu jenen Krankheiten über, die nicht bloss im Kindesalter häufig sind. Als erste nehmen wir Blattern vor, jedoch nur bis zum Jahre 1893 inklusive, da von da an nur sporadische Fälle vorgekommen sind. Die Erkrankungsstatistik bezieht sich auf die Jahre 1879—1893 mit mehr als 500 Fällen in den 1879—1882, 1885 und 1886, die Sterblichkeitsstatistik auf die Jahre 1873—1893 mit mehr als 500 Fällen in den Jahren 1873 bis 1878, 1880—1882 und 1885.

	Kateg		1.	2.—5.	6.—10.	11.—15.	16.—20.	21.—30.	31.—40.	41.—50.	51.—60.	über 60 J.	Unbekannte Jahre	Summe
Krankheitsfälle	a	abs.	243	421	264	617				621			1	2167
		in %	11,2	19,4	12,2	28,5				28,7			0,0	100
	b	abs.	1529	4165	2243	2345				3139			22	13543
		in %	11,3	30,8	17,3	17,3				23,2			0,2	100
Todesfälle	a	abs.	249	320	69	20	74	79	28	18	8	6	—	871
		in %	28,6	36,7	7,9	2,3	8,5	9,1	3,2	2,1	0,9	0,7	—	100
	b	abs.	2123	3543	919	212	357	711	304	200	128	78	—	8575
		in %	24,8	41,3	10,7	2,5	4,2	8,3	3,5	2,3	1,5	0,9	—	100

Ob wir nun die Erkrankungen oder die Todesfälle in Betracht ziehen, wir sehen, dass stets das 2. bis 10. Lebensjahr in Epidemien stärker als in epidemielosen Zeiten gefährdet ist. Auffallend ist wiederum die bei den Erkrankungen gleiche, bei den Todesfällen schwächere Gefährdung des 1. Lebensjahres in Epidemien.

Da wir in der Impfung einen Schutz gegen Blattern besitzen, so können wir hier direkt die Frage beantworten, ob in Epidemien häufiger die relativ Geschützten oder die Ungeschützten erkranken. Betrachten wir zuerst die einzelnen Jahre mit Berücksichtigung des Impfmomentes:

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

a) Erkrankungen.

Jahr	Geimpft	Nicht geimpft	Zweifelhaft	Ohne Angabe	Auf 100 Geimpfte Nichtgeimpfte
1885	1516	1481	33	62	97,7
1886	501	274	14	5	54,7
1887	202	112	10	2	55,4
1888	125	93	2	3	74,4
1889	44	19	2	2	43,2
1890	142	82	2	5	57,7
1891	307	163	4	7	53,1
1892	34	17	1	—	50,0
1893	120	54	2	7	45,0

b) Todesfälle.

1881	146	675	9	56	462,3
1882	124	626	16	42	504,9
1883	15	56	—	2	373,7
1884	12	69	3	10	575,0
1885	178	624	13	62	350,6
1886	48	122	4	30	254,2
1887	19	38	2	8	200,0
1888	13	40	2	7	307,7
1889	1	11	—	2	1100,0
1890	4	16	—	26	400,0
1891	17	51	3	26	300,0
1892	1	9	—	1	900,1
1893	11	23	2	1	209,1

Wenn wir von den Jahren 1889, 1890, 1892 absehen, wo nur 1—4 Geimpfte an Blattern starben, so finden wir, dass in Epidemien weit mehr Ungeimpfte als zu epidemiefreien Zeiten von Blattern ergriffen werden und sterben. Es macht geradezu den Eindruck, als ob die Gefahr einer Epidemieentstehung nur durch die Ungeimpften bedingt ist, dass sie, für den Krankheitsstoff empfänglich, ihn aufnehmen und konservieren.

Obige Zahlen bieten jedoch kein richtiges Bild über die Beteiligung der Ungeimpften an den Epidemien, da die Ungeimpften nicht in allen Altersklassen gleich stark vertreten sind, vielmehr den höheren Altersklassen fast gänzlich fehlen. Ein richtiges Bild muss die Altersklassen berücksichtigen, wie dies im folgenden geschieht:

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

	Kateg.			1.	2.—5.	6.—10.	11.—15.	16.—20.	20.—30.	30.—40.	40.—50.	über 50 J.	Summe
Krankheitsfälle	a	insgesamt		152	244	129	143	365	368	106	36	22	1565
		ungeimpft	abs.	137	188	49	52	66	43	2	1	2	540
			in %	90,1	77,0	38,0	36.4	18,1	11,7	1,9	2,8	9,1	34,5
	b	insgesamt		412	899	611	373	542	680	229	71	69	3886
		ungeimpft	abs.	369	699	374	160	90	52	9	1	1	1755
			in %	89,6	77,8	61,2	42,9	16,6	7,6	3,9	1,4	1,4	45,2
Todesfälle	a	insgesamt		161	143	34	15	44	56	16	14	5	488
		ungeimpft	abs.	125	114	26	7	24	16	—	—	1	313
			in %	77,6	79,7	76,5	46,7	54,5	28,6	—	- -	20,0	74,9
	b	insgesamt		635	1079	362	110	168	255	76	48	60	2793
		ungeimpft	abs.	557	989	303	73	70	39	10	2	4	2047
			in %	87,7	91,6	83,7	66,4	41,7	15,3	13,2	4,2	6,7	73,3

Diese Tabelle zeigt deutlich, dass in Epidemiejahren relativ mehr Kinder (bis 15 Jahre) sterben, als in epidemiefreien Zeiten. Die teilweise Ursache dafür zeigen die Erkrankungsfälle. In dem schulpflichtigen Alter erkrankten zu Epidemiezeiten die Ungeimpften weit häufiger. Daraus ist aber weiter zu folgern, dass die für die Blattern so empfänglichen ungeimpften Kinder die Hauptquelle für das Entstehen die Blatternepidemien unter Kindern abgeben. Das Beispiel der Blattern kann wohl verallgemeinert werden und wir können sagen, dass Epidemien zumeist auf Kosten weniger Geschützter, jedoch ohne Infektionsgelegenheit verschont Bleibenden entstehen und durch sie weiter verbreitet werden. Eine schon längst bekannte Wahrheit.

Erörtern wir nun den Rotlauf. Das Auftreten von mehr als 1600 Jahresfällen betrachten wir als das Kriterium eines Epidemiejahres. Die Zahl der Todesfälle in Epidemiejahren bleibt oft hinter der Zahl in epidemiefreien Jahren zurück; als letztere gelten 1887 bis 1892, 1895 bis 1898, 1900, als erstere die anderen Jahre von 1887 bis 1905.

	Kategorie		1.	2.—20.	21.—40.	41.—60.	über 60 J.	Summe
Krankheitsfälle	a	abs.	480	2715	4129	3287	1334	11945
	b	in %	4,0	22,7	34,6	27,5	11,2	100
	a	abs.	393	3612	4797	4205	1687	14894
	b	in %	2,6	25,6	32,2	28,2	11,3	100
Todesfälle	a	abs.	216	35	105	191	232	779
	b	in %	27,7	4,5	13,5	24,5	29,8	100
	a	abs.	194	43	104	233	269	843
	b	in %	23,0	5,1	12,3	27,6	31,9	100

Generated on 2019-12-14 17:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA

Rotlauferkrankungen und -Todesfälle sind in Epidemiejahren schwächer im 1. und 21.—40. Lebensjahre vertreten. Die Differenzen sind jedoch in Anbetracht der Kleinheit der Zahlen nicht als so beträchtlich zu bezeichnen, dass sie nicht auf dem Zufalle beruhen könnten. Jedoch ist es sehr wahrscheinlich, dass die Erstjährigen an Rotlaufepidemien nicht beteiligt sind, dass ihr Rotlauf von ganz anderer epidemiologischer Bedeutung ist, als der Rotlauf der Erwachsenen. Da Rotlauf zu jenen Krankheiten gehört, die nicht mit Immunität endigen, sondern eher eine Disposition zur Wiedererkrankung zurücklassen, ist es begreiflich, dass in Epidemiezeiten die älteren Jahrgänge relativ stärker ergriffen werden. Der Rotlauf verhält sich diesbezüglich entgegengesetzt den Kinderkrankheiten.

Während der Zeit, welcher unser Beobachtungsmaterial entstammt, haben wir keine Typhusepidemien in Wien. Der Begriff des Epidemiejahres ist also hier cum grano salis zu nehmen. Wenn wir mehr als 500 Krankheitsfälle im Jahre schon als Epidemie bezeichnen, können wir doch nur die Jahre 1888, 1889, 1892 und 1900 als Epidemiejahre bezeichnen.

	Kateg.		1.—10.	11.—15.	16.—20.	21.—25.	26.—30.	31.—30.	41.—50.	über 50 J.	Summe
Krankheitsfälle	a	abs.	471	532	1109	1033	758	702	299	196	5100
	b	in%	9,2	10,4	21,7	20,3	14,9	13,7	5,9	3,9	100
	a	abs.	216	261	451	349	271	235	96	64	1943
	b	in%	11,1	13,4	23,2	18,0	13,9	12,1	4,9	3,3	100
Todesfälle	a	abs.	47	60	156	163	136	126	100	86	874
	b	in%	5,4	6,9	17,8	18,6	15,6	14,4	11,4	9,9	100
	a	abs.	25	24	64	77	54	66	46	34	391
	b	in%	6,4	6,1	16,4	19,7	13,8	16,9	11,7	8,7	100

Typhusepidemien ergreifen relativ häufiger die jüngeren Altersklassen bis zum 20. Lebensjahre, ohne dass diese deswegen auch zu den Todesfällen ein grösseres Kontingent stellen. Ersteres gilt aber vielleicht bloss für Wien, wo wir von einer eigentlichen Epidemie nicht reden können, sondern nur solche — wenig umfangreiche — Epidemien vor uns haben, die ihre Entstehung zumeist der Einschleppung verdanken, und wo die Einschleppenden eben auch relativ häufig jüngeren Altersklassen angehören.

IV.

Aus demselben Grunde wie bei der Beteiligung der beiden Geschlechter an den Erkrankungen wollen wir auch hier auf die bezirksweise Beteiligung der Altersklassen eingehen. Doch steht

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

uns hier nur ein sehr beschränktes Material zu Gebote, nämlich nur die Jahre 1881—1886 und nur für Blattern-, Diphtherie-, Scharlach- und Typhuserkrankungen.

Als Epidemiejahre erscheinen bei Blattern in allen zehn Bezirken die Jahre 1881, 1882 und 1885, bei Scharlach die Jahre 1881, 1882 und 1886, im 2. Bezirke bloss 1882, im 6., 7. und 8. Bezirke, die Jahre 1882 und 1886 im 1., 3., 4., 5., 9. und 10. Bezirke, bei Diphtherie die Jahre 1881 und 1882 im 1., 2., 6., 7. und 8. Bezirke, die Jahre 1881, 1882 und 1883 im 3. Bezirke, die Jahre 1881 und 1886 im 10. Bezirke und die Jahre 1881, 1882 und 1886 im 4. und 5. Bezirke, bei Typhus ist das Bild ausserordentlich wechselnd und die Differenzen so klein, dass wir Epidemiejahre kaum unterscheiden können und deshalb in der folgenden Tabelle Typhus unberücksichtigt lassen. Auch bei den drei anderen Krankheiten ist das Material der einzelnen Bezirke klein, weshalb ich Bezirke gleichen Wohlhabenheitsgrades zusammenfasse.

Blattern.

Bezirke	Kategorie		1.	2.—5.	6.—10.	11.—20.	über 20 J.	Summe
Zwei reiche	a	abs.	7	28	25	40	47	147
		in %	4,8	19,0	17,0	27,2	32,0	100
	b	abs.	99	253	198	259	335	1144
		in %	8,7	22,1	17,3	22,6	29,3	100
Vier wohlhabende	a	abs.	49	90	82	123	138	482
		in %	10,2	18,7	17,0	25,5	28,6	100
	b	abs.	193	682	525	661	831	2892
		in %	6,7	23,6	18,2	22,9	28,7	100
Zwei arme	a	abs.	50	90	73	100	112	425
		in %	11,8	21,2	17,2	23,5	26,4	100
	b	abs.	259	776	463	412	607	2517
		in %	10,3	30,8	18,4	16,4	24,1	100
Zwei sehr arme	a	abs.	68	113	66	49	45	341
		in %	19,9	33,1	19,4	14,4	13,2	100
	b	abs.	430	1045	458	331	401	2665
		in %	16,1	39,2	17,2	12,4	15,0	100

Scharlach.

Zwei reiche	a	abs.	12	285	354	129	22	802
		in %	1,5	35,5	44,1	16,1	2,7	100
	b	abs.	10	329	367	121	32	859
		in %	1,2	38,3	42,7	14,1	3,7	100

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Bezirke	Kategorie		1.	2.—5.	6.—10.	11.—20.	über 20 J.	Summe
Vier wohlhabende	a	abs.	24	850	882	349	71	2176
		in %	1,1	39,1	40,5	16,0	3,3	100
	b	abs.	17	474	482	166	49	1188
		in %	1,4	39,9	40,6	14,0	4,1	100
Zwei arme	a	abs.	24	533	547	161	48	1313
		in %	1,8	40 6	41,7	12,3	3,6	100
	b	abs.	38	817	829	244	51	1979
		in %	1,9	41,3	41,9	12,3	2,6	100
Zwei sehr arme	a	abs.	13	312	256	82	15	678
		in %	1,9	46,0	37,8	12,1	2,2	100
	b	abs.	20	411	352	114	24	921
		in %	2,2	44,6	38,2	12,4	2,6	100

Diphtherie.

Zwei reiche	a	abs.	7	136	121	56	45	365
		in %	1,9	37,3	33,2	15,3	12,3	100
	b	abs.	20	220	193	73	59	565
		in %	3,5	38,9	34,2	12,9	10,4	100
Vier wohlhabende	a	abs.	30	404	222	89	87	832
		in %	3,6	48,6	26,7	10,7	10,5	100
	b	abs.	27	453	253	94	95	922
		in %	2,9	49,1	27,4	10,2	10,3	100
Zwei arme	a	abs.	43	540	255	87	101	1026
		in %	4,2	52,7	24,9	8,5	9,8	100
	b	abs.	31	465	328	108	111	1043
		in %	3,0	44,6	31,4	10,4	10,6	100
Zwei sehr arme	a	abs.	23	210	94	25	20	372
		in %	6,2	56,5	25,3	6,7	5,4	100
	b	abs.	28	297	131	40	18	514
		in %	5,4	57,8	25,5	7,8	3,5	100

Hinsichtlich des 1. Lebensjahres verhalten sich die beiden reichen Bezirke umgekehrt wie die wohlhabenden, armen und sehr armen Bezirke. Sie weisen in Epidemiejahren einen grösseren Anteil bei Blattern und Diphtherie, einen kleineren bei Scharlach auf. Der Anteil des 2.—5. Lebensjahres ist zumeist in Epidemiejahren grösser und zwar bei Blattern durchwegs, bei Scharlach nicht bei den beiden sehr armen, bei Diphtherie nicht bei den beiden armen Bezirken. Auch der Anteil des 6.—10. Lebensjahres ist in Epidemiejahren zumeist grösser; Ausnahmen sind die beiden

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sehr armen Bezirke bei Blattern, die beiden reichen Bezirke bei Scharlach. Dem entsprechend ist der Anteil der Altersklassen vom 10. Lebensjahre an aufwärts in Epidemiejahren zumeist kleiner. Ausnahmen sind für das 11.—20. Lebensjahr die zwei sehr armen Bezirke bei Scharlach, die beiden armen und sehr armen Bezirke bei Diphtherie, für die Zeit vom 20. Jahre an die vier wohlhabenden und zwei sehr arme Bezirke bei Blattern, die beiden reichen, die vier wohlhabenden und die beiden sehr armen Bezirke bei Scharlach, die beiden armen Bezirke bei Diphtherie.

Was wir für die Gesamtheit Wiens gefunden haben, finden wir bei den einzelnen Bezirken zumeist wieder, am deutlichsten für die ersten zehn Lebensjahre. Ob sich die geringere Beteiligung des 1. Lebensjahres an Scharlach- und Diphtherieepidemien auch im 2. Lebensjahre noch fortsetzt, lässt sich wegen Mangels der betreffenden Statistik nicht entscheiden. Doch muss bemerkt werden, dass sowohl für diese als auch für alle anderen Altersklassen die Anteilsdifferenzen geradezu minimal sind, was bei der Kleinheit des Materials um so auffallender ist. Grössere Differenzen finden sich eigentlich nur stellenweise bei Blattern und Diphtherie.

Über andere der Tabelle zu entnehmende Daten, wie z. B. die Zunahme des Anteiles der ersten fünf Lebensjahre mit abnehmender Wohlhabenheit, gehe ich als nicht zum Thema gehörig hinweg.

V.

Die beiden vorhergehenden Faktoren, Geschlecht und Alter, welche wir auf ihre Beeinflussung durch Epidemien bisher vereinzelt geprüft haben, können wir auch in Kombination miteinander untersuchen. Für die Erkrankungen haben wir diesbezüglich Material seit dem Jahre 1894 (respektive 1896 bei Röteln und Mumps). Dieses Material gibt die folgende Tabelle wieder.

Krankheit	Kateg.	Geschlecht	1.	2.—5.	6.—10.	11.—15.	16.—20.	21.—30.	31.—40.	41.—50.	51.—60.	über 60 J.	Summe
Masern	a	m.	5210	19679	14105	982	379	345	118				40818
		w.	4909	19493	14166	1170	392	433	150				40663
	b	m.	4777	18779	14420	912	344	288	92				39612
		w.	4452	18856	14273	1064	360	358	146				39509
Varicellae	a	m.	340	1030	1349	132			46				2897
	b	w.	361	988	1218	133			33				2733
	a	m.	2143	6503	8277	708			192				17823
	b	w.	1948	6179	8482	734			192				17535

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Krankheit	Kategorie	Geschlecht	1.	2.—5.	6.—10.	11.—15.	16.—20.	21.—30.	31.—40.	41.—50.	51.—60.	über 60 J.	Summe
Röteln	a	m.	11	63	138	35			8				255
		w.	21	63	181	34			7				306
	b	m.	48	354	1045	224			99				1770
		w.	47	409	1167	234			129				1980
Scharlach	a	m.	196	3125	3031	1021	307	154		77			7911
		w.	165	3060	3299	993	281	280		72			8150
	b	m.	257	4271	3943	1192	357	207		90			10317
		w.	220	4045	4210	1329	432	320		110			10666
Mumps	a	m.	18	205	956	133			87				1399
		w.	17	130	688	147			76				1058
	b	m.	53	724	3709	639			267				5392
		w.	39	660	3233	756			296				4984
Diphtherie	a	m.	857	5065	1799	356	111	90		75			8353
		w.	651	4901	2181	423	162	228		122			8668
	b	m.	1147	6843	3140	702	164	123		84			12203
		w.	908	6587	3727	712	233	321		183			12671
Keuchhusten	a	m.	853	2038	1239	54			18				4202
		w.	1008	2663	1570	123			21				5385
	b	m.	1822	4223	2376	116			34				8571
		w.	2041	5390	3154	200			45				10830
Rotlauf	a	m.	129	69	86	154	343	463	534	549	391	264	2982
		w.	137	107	145	230	564	856	603	601	544	516	4303
	b	m.	160	126	170	299	621	822	960	985	715	559	5417
		w.	176	151	302	399	1054	1504	1077	1080	929	937	7609

Diese Daten lassen zweierlei Berechnungen zu, je nachdem wir wissen wollen, ob das Geschlechtsverhältnis derselben Altersklasse oder ob die Altersverteilung desselben Geschlechts in Epidemien sich ändert. Die Berechnung nach der ersten Seite hin gibt folgende Verhältniszahlen:

Krankheit	Kategorie	1.	2.—5.	6.—10.	11.—15.	16.—20.	21.—30.	31.—40.	41.—60	51.—60.	über 60 J.	Alle Jahre
Masern	a	94	99	100	119	103	126		127			100
	b	93	100	99	117	105	124		159			100
Varicellae	a	106	96	90	101			72				94
	b	91	95	102	104			100				98
Röteln	a	117		131				95				120
	b	113		112				111				112
Scharlach	a	84	98	109	97	92	182		93			103
	b	86	95	107	111	121	155		122			103

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:45 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Krankheit	Kategorie	1.	2.—5.	6.—10.	11.—15.	16.—20.	21.—30.	31.—40.	41.—50.	51.—60.	über 60 J.	Alle Jahre
Mumps	a	94	63	72	111			87				76
	b	74	91	87	118			111				92
Diphtherie	a	76	97	121	119	146	253		163			104
	b	79	96	119	101	142	261		218			104
Keuchhusten	a	118	131	127				200				128
	b	112	128	133				163				126
Rotlauf	a	106	163		149	164	185	113	110	139	195	144
	b	110	153		133	170	183	112	110	130	168	142

Grössere Abweichungen der Geschlechtsverhältniszahlen finden wir bei allen Kinderkrankheiten in der höchsten Altersklasse, d. i. vom 10. Jahre an bei Röteln und Keuchhusten, vom 16. Jahre an bei Varicellen und Mumps, vom 31. Jahre an bei Masern und Scharlach, vom 41. Jahre an bei Diphtherie. Die Abweichung geht mit Ausnahme des Keuchhustens immer in demselben Sinne vor sich. In Epidemiejahren ist die Verhältniszahl grösser; es erkranken also relativ weit mehr Frauen als Männer der späteren Jahre mit stärker sich ausbreitender Krankheit. Die Ausnahme, die der Keuchhusten macht, entsteht nur durch die Erkrankungen vom 11.—15. Jahre; vom 16. Jahre an verhält sich Keuchhusten hinsichtlich der Verhältniszahl wie die anderen infektiösen Kinderkrankheiten. Damit wissen wir natürlich noch nicht, ob der Anteil der Männer vom 15. Jahre an oder später an den Krankheiten zu Epidemiezeiten nicht auch grösser als zu epidemiefreien Zeiten ist. Das wird uns erst die nächste Tabelle lehren. Nur das wissen wir aus dieser Tabelle, dass unter den Erwachsenen die Frauen mehr als die Männer durch Epidemien leiden. Wir begreifen dies auch. Da den Frauen zumeist die Pflege der Kinder obliegt, sind sie in Epidemien der Infektionsgelegenheit noch mehr ausgesetzt, wo sie ohnehin schon auch zu epidemiefreien Zeiten durch die Kinderpflege mehr gefährdet sind.

Wenn wir von den höchsten Altersklassen nunmehr absehen, so zeigt sich ein sehr variables Verhalten der Verhältniszahlen zu Epidemie- und epidemiefreien Zeiten.

Gar keine irgendwie nennenswerte Abweichung finden wir bei Masern. Das ist aber auch die Krankheit, wo wir mit den grössten Zahlen zu tun haben. Bei Scharlach und Diphtherie finden wir bis zum 10. Jahre nur geringfügige Abweichungen der Verhältniszahlen, grössere erst nach dem 10. Jahre, aber auch da nicht in jeder Altersklasse. Die Verhältniszahl bei diesen beiden Krankheiten nach dem 10. Lebensjahre ist bald in Epidemiezeiten, bald in

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

epidemiefreien Zeiten grösser. Auch bei Keuchhusten betragen die Differenzen der Verhältniszahlen nicht mehr als sechs. Dagegen finden wir noch vor dem 10. Lebensjahre grössere Abweichungen der Verhältniszahlen bei Röteln, Mumps und Varicellen. Bei Röteln und Mumps haben wir, ebenso wie im 1. Lebensjahre bei Varicellen, es nur mit kleinen Zahlen in epidemiefreien Zeiteu zu tun. Dieser Grund für die Nichtbeachtung obiger Tatsache fällt jedoch für das 6.—10. Lebensjahr bei Varicellen hinweg. Wenn wir von denen absehen, so können wir sagen, dass überall dort, wo wir mit genügend grossen Zahlen operieren, sich das Geschlechtsverhältnis bis zum 10. Lebensjahre in Epidemiezeiten nicht anders als zu epidemiefreien Zeiten gestaltet. Das begreifen wir auch, weil in diesem Alter, welches das Hauptkontingent zu den Kinderkrankheiten stellt, die Infektionsgelegenheit in Epidemien nicht anders als in den epidemiefreien Zeiten für beide Geschlechter ist.

Der Rotlauf weist grössere Differenzen nur zwischen dem 2. und 15. und nach dem 60. Jahre auf. In beiden Altersklassen verkleinert sich die Verhältniszahl, d. h. die Männer werden relativ häufiger befallen. Darauf komme ich noch bei der Besprechung der nun folgenden Tabelle zurück, welche die Altersaufteilung nach Geschlecht getrennt wiedergibt (s. S. 155).

Was wir für die Altersverteilung überhaupt feststellen konnten, das wiederholt sich bei der Altersverteilung eines jeden Geschlechtes fast unverändert. So finden wir den Anteil des 1. Lebensjahres in Epidemiejahren kleiner als in epidemiefreien Jahren. Ausgenommen ist nur Keuchhusten, Scharlach und das männliche Geschlecht bei Varicellen. Jedoch handelt es sich auch hier fast stets um sehr kleine Differenzen. Der Anteil des 2.—5. Lebensjahres ist in Epidemiejahren kleiner als in epidemiefreien Jahren bei Masern und Diphtherie in beiden Geschlechtern, bei Röteln und Mumps beim männlichen Geschlechte, bei Varicellen und Rotlauf im weiblichen Geschlechte. Der Anteil des 6.—10. Lebensjahres ist in Epidemien grösser bei Masern, Diphtherie und Rotlauf, im männlichen Geschlechte bei Röteln und Mumps, im weiblichen Geschlechte bei Varicellen. Der Anteil der höheren Altersklassen ist in Epidemiejahren entschieden grösser bei Röteln in beiden Geschlechtern, entschieden kleiner in beiden Geschlechtern bei Mumps, bei den anderen Krankheiten zeigt er nur sehr geringe Schwankungen.

Hervorzuheben ist noch, dass die Altersverteilung des Rotlaufes sich in Epidemiejahren wenig ändert. Das erwähnte relativ häufigere Befallensein der Männer in Rotlaufepidemien in den Altersklassen zwischen 2 und 15 und über 60 Jahren bedeutet nicht, dass bloss die Männer dieses Alters oder dass sie stets in Epidemien häufiger

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Krankheit	Geschlecht	Kategorie	1.	2.—5.	6.—10.	11.—15.	16.—20.	21.—30.	31.—40.	41.—50.	51.—60.	über 60	Alle Jahre
Masern	m.	a	12,8	48,2	34,6	2,4	0,9	0,8		0,3			100
		b	12,1	47,4	36,6	2,3	0,9	0,7		0,2			100
	w.	a	12,1	47,9	34,8	2,9	1,0	1,1		0,4			100
		b	11,3	47,7	36,1	2,7	0,9	0,9		0,4			100
Varicellae	m.	a	11,7	35,6	46,6	4,6				1,6			100
		b	12,0	36,5	46,4	4,0				1,1			100
	w.	a	13,2	36,2	44,6	4,8				1,2			100
		b	11,1	35,2	48,4	4,2				1,1			100
Röteln	m.	a	4,3	24,7	54,1	13,7				3,1			100
		b	2,7	20,0	59,0	12,7				5,6			100
	w.	a	6,9	20,6	59,2	11,1				2,3			100
		b	2,4	20,7	58,9	11,8				6,2			100
Scharlach	m.	a	2,5	39,5	38,3	12,9	3,9	1,9		1,0			100
		b	2,5	41,4	38,2	11,7	3,5	2,0		0,9			100
	w.	a	2,0	37,5	40,5	12,2	3,4	3,4		0,9			100
		b	2,1	37,9	39,5	12,5	4,1	3,0		1,0			100
Mumps	m.	a	1,3	14,7	68,3	9,5				6,2			100
		b	1,0	13,4	68,8	11,9				5,0			100
	w.	a	1,6	12,3	65,0	13,9				7,2			100
		b	0,8	13,2	64,9	15,2				5,9			100
Diphtherie	m.	a	10,3	60,6	21,5	4,3	1,3	1,1		0,9			100
		b	9,4	56,1	25,7	5,8	1,3	1,0		0,7			100
	w.	a	7,5	56,5	25,2	4,9	1,9	2,6		1,4			100
		b	7,2	52,0	29,4	5,6	1,8	2,5		1,4			100
Keuchhusten	m.	a	20,3	48,5	29,5	1,3				0,4			100
		b	21,3	49,3	27,7	1,3				0,4			100
	w.	a	18,7	49,5	29,2	2,3				0,4			100
		b	18,8	49,8	29,1	1,8				0,4			100
Rotlauf	m.	a	4,3	2,3	2,9	5,2	11,5	15,5	17,9	18,4	13,1	8,8	100
		b	2,9	2,3	3,1	5,5	11,5	15,2	17,7	18,2	13,2	10,3	100
	w.	a	3,2	2,5	3,4	5,4	13,1	19,9	14,0	14,0	12,8	12,0	100
		b	2,3	2,0	4,0	5,2	13,9	19,8	14,2	14,2	12,2	12,3	100

erkranken. Denn zum Teile erkranken auch die gleichaltrigen Weiber (z. B. zwischen sechs und zehn und über 60 Jahren) häufiger, zum Teile erkrankten auch die Männer (zwischen zwei und fünf Jahren) nicht häufiger.

Zusammenfassend kann ich daher sagen, dass das Ergebnis dieser Arbeit nur eine Bestätigung der Ergebnisse meiner früheren im Zentralblatte für allgemeine Gesundheitspfege veröffentlichten Arbeiten über die Infektionskrankheiten in Wien liefert.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Kleine Mitteilungen.

XVII. internationaler medizinischer Kongress.

Der XVII. internationale medizinische Kongress wird im Sommer 1913 in London tagen. Das genaue Datum wird von der Permanenten internationalen Kommission festgestellt werden, welche kommenden 21. und 22. April in London ihre erste Sitzung abhalten wird, unter dem Vorsitz des Herrn Dr. F. W. Pavy.

In dieser Sitzung wird ebenfalls die Liste der Sektionen des Londoner Kongresses festgestellt werden. Alle die Einrichtung dieser Liste betreffenden Wünsche und Anträge bittet man vor dem 1. April beim General-Sekretär der Permanenten Kommission. Prof. H. Burger, Vondelstraat 1, Amsterdam, oder an die Adresse des Bureaus der Kommission: Hugo de Grootstraat 10, im Haag, einzusenden.

Auch sonstige, die Organisation des Kongresses betreffende Wünsche und Informationen werden bis zum selben Termin und an dieselben Adressen gerne entgegengenommen.

Bewegung der Bevölkerung in Preussen im Jahre 1908.

Im Jahre 1908 kamen in Preussen 1308283 Geburten vor gegen 1298291 im Jahre 1907 und 1308912 im Jahre 1906. Die Zahl der Eheschliessungen betrug 311131 (1907: 319039, 1906: 309922). Sterbefälle, mit Einschluss von 38884 Totgeburten, wurden 732608 gezählt (719604 und 712970). Das ergibt einen Geburtsüberschuss von 575675 gegen 578687 und 595982.

Für den 1. Januar 1908 berechnet sich die Einwohnerzahl Preussens auf 38468663 Köpfe, für den 1. Juli auf 38751705 und für den 1. Januar 1909 auf 39034746.

Es kamen auf 1000 Lebende 34,01 Geburten (34,2; 35,1), darunter 1,0 Totgeburt (1,0; 1,1); Eheschliessende 16,2 (16,5; 16,6); Todesfälle 19,04 (19,0; 19,1). Von 1000 Geborenen waren 76,1 unehelich Geborene, 29.7 Totgeborene und 25,9 Mehrlingskinder.

Der Anteil der Konfessionen an den Geburten stellt sich folgendermassen dar: Unter 1000 ehelich Geborenen kamen auf rein evangelische Ehen 530 (533; 537), auf rein katholische 398 (396; 391) und auf rein jüdische 5,5 (5,5; 5,8). Also weitere Abnahme in den rein evangelischen Ehen, weitere Zunahme in rein

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:46 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

katholischen Ehen. Die Fruchtbarkeit ist somit bei der katholischen Bevölkerung grösser, da es im Jahre 1905 auf 1000 Evangelische nur 358 Katholiken gab.

Bei den eheschliessenden Männern war das Durchschnittsalter in allen 3 Jahren 1906, 1907, 1908 je 28,9, bei den eheschliessenden Frauen je 25,6 Jahre. Auf 1000 aller Eheschliessungen entkamen auf Junggesellen und Jungfrauen 867 (1906 und 1907 je 868). Unter 1000 Paaren befanden sich 593 rein evangelische (595; 600), 299 rein katholische (298; 295), 8,4 rein jüdische (in den beiden Vorjahren je 8,8). Gemischte Paare gab es 99, gegen 96 im Jahre 1906 und 98 im Jahre 1907.

Die Sterblichkeit weist eine geringe Zunahme auf, sie betrug 19,4 auf 1000 gegen 19,1 und 19,0. Gegen die 70er und 80er Jahre ist die Sterblichkeit in Preussen um ein Drittel gesunken. Unter 1000 Gestorbenen ohne Totgeborene befanden sich 456 (449; 482) Kinder unter 15 Jahren, 559 (553; 581) Ledige, 264 (268; 254) Verheiratete, 175 (176; 163) Verwitwete und 2,6 (2,6; 2,4) Geschiedene. Nach der Konfession kamen auf 1000 Gestorbene 602 (605; 604) Evangelische, 386 (384; 385) Katholiken, 3,1 (3,0; 2,8) sonstige Christen und 8,2 (8,4; 8,5) Juden. Was die Kindersterblichkeit angeht, so starben von 1000 Lebendiggeborenen im ersten Lebensjahre:

Jahr	bei den Ehelichen		bei den Unehelichen	
	Stadt	Land	Stadt	Land
1876/80	211	183	403	312
1881/85	211	186	398	319
1886/90	210	187	395	332
1891/95	203	187	385	336
1896/1900	195	185	374	336
1901/05	181	178	339	322
1906	168	167	303	303
1907	154	162	281	295
1908	157	166	291	307

Es ist somit eine erhebliche Abnahme der Säuglingssterblichkeit seit den 70er Jahren zu konstatieren, und zwar in den Städten stärker wie auf dem Lande. Dabei ist freilich zu bedenken, dass ein Teil der Säuglinge kurz nach der Geburt von der Stadt auf das Land abgeschoben wird. Sehr wesentlich dürfte dieses Abschieben freilich die Säuglingssterblichkeit in Stadt und Land nicht beeinflussen, zumal es sich doch der Hauptsache nach wohl nur um uneheliche Kinder handeln dürfte. Pröbsting.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Literaturbericht.

Grätzer, Die wichtigsten Krankheiten. [Wie erkennt man sie rechtzeitig und welche Gefahren bringen sie?] (Berlin, Verlag von O. Salle.)

Das Buch gibt in alphabetischer Anordnung der häufigsten und wichtigsten Krankheiten deren Symptomatologie in einer dem Laien verständlichen Weise. Der Verf. will dem Laien zeigen, dass hinter unscheinbaren Anzeichen ein ernstes, nur dem Sachverständigen erkennbares Leiden versteckt sein kann. Er weist immer wieder darauf hin, dass auch bei geringfügigen Krankheitserscheinungen der Kranke stets den Arzt fragen soll, sowohl zur Verhütung schwererer Krankheit als auch zur Beruhigung für sich und seine Familie. In diesem Sinne wird das Buch Gutes wirken können. Laspeyres.

Cemach, Differential-diagnostische Tabellen der inneren Krankheiten. (München 1910. J. F. Lehmanns Verlag.)

Den Inhalt ergibt die Titelangabe. Ob solche tabellarische Übersichten bei dem notwendig mit ihnen verbundenen Schematismus wirklich geeignet sind, „einen raschen Überblick über die wichtigsten differential-diagnostischen Momente zu geben und dadurch eine Diagnosenstellung zu ermöglichen“? In einem ihm vertrauten guten Lehrbuche wird sowohl der Praktiker in schwierigen Fällen als auch der Anfänger beim Studium sich ebenso rasch und meist wohl zuverlässiger orientieren. Laspeyres.

Ide, Praktische Atmungsgymnastik zum täglichen Gebrauch für Jedermann. (München, Verlag der Ärztl. Rundschau, Otto Gmelin.)

Auf wenigen Seiten gibt der Verf. eine Reihe ganz brauchbarer Übungen zur Kräftigung der Atmungsmuskulatur an. Abbildungen unterstützen das Verständnis für den Laien, für den das Büchlein bestimmt ist. Laspeyres.

Roland, Natur und Mensch. [Der Mensch in Beziehung zu den Naturkräften, biologisch und hygienisch dargestellt.] (Stuttgart, E. H. Moritz.)

Nach dem Vorwort soll das kleine Bändchen „die Grundtatsachen und Grundwahrheiten der Hygiene im Rahmen naturkundlicher Betrachtungen — gleichsam als angewandte Naturwissenschaft — in gemeinfasslicher und anregender Weise zur Darstellung bringen“. Diese Absicht ist — das sei gleich hier vorweggenommen — dem Verfasser nach jeder Richtung hin gelungen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Im ersten Teile wird die Bedeutung von Licht und Luft für die gesamte organische Welt dargestellt. Besondere Beachtung wird der Luftfeuchtigkeit sowohl in ihren klimatischen Beziehungen als auch ihren hygienischen Einflüssen geschenkt.

Der zweite Teil behandelt den Staub als Naturprodukt und als künstliches Erzeugnis der menschlichen Kultur sowie die Wirkung desselben auf die Meteorologie, unter besonderer Berücksichtigung des Grossstadtklimas; der dritte: Staub und Schmutz in ihrer Beziehung zur Infektion und den Infektionskrankheiten. Schon hier wendet sich der Verf. in sehr verständiger Weise gegen die grundlose Bakterienfurcht, um zum Schlusse im vierten Teil Desinfektion, Wasserversorgung, rationelle Ernährung und Bekleidung als vorbeugende Massnahmen gegen ansteckende Krankheiten und deren Folgen zu behandeln, also zu zeigen, wie die Wissenschaft uns gelehrt hat, die dem Menschen angeborenen oder im Kampfe mit den Infektionserregern erworbenen Schutzmittel durch Fernhaltung der Krankheitserreger und Förderung der allgemeinen Widerstandskraft des Körpers zu ergänzen.

Das ausserordentlich frisch und anregend geschriebene und vielfach mit treffenden Goetheschen Sinnsprüchen gezierte Buch dürfte sich ganz besonders für Schüler- und Volksbibliotheken eignen. Laspeyres.

von Schenckendorff, Denkschrift über nationale Erziehung durch Leibesübungen. (Körper und Geist, 19. Jahrg., Nr. 17, 15. Dez. 1910.)

Die vom Vorsitzenden des Zentralausschusses für Volks- und Jugendspiele verfasste Denkschrift wendet sich gegen die allgemeine Einführung von militärischen Jugendorganisationen nach Art der englischen Boy-Scouts und ähnlicher einseitig militärische Ziele verfolgende Einrichtungen. Der Zentralausschuss hält es für zweckmässiger, entsprechend den von ihm bisher eingeschlagenen Bahnen, an die bestehenden Schuleinrichtungen anzuknüpfen und die schon vorhandenen Erziehungsmittel auszubauen. Er stellt in der vorliegenden Denkschrift ein Programm auf, nach dem in erster Linie die Schule durch obligatorische Spielnachmittage, durch eine dezentralisierte Turninspektion, durch Verbreitung physiologischer Kenntnisse unter den Lehrern, durch „Selbstregierung“ der Schuljugend hier fördernd eingreifen könnte. Des weiteren müssten die Fortbildungsschule, die Hochschule, die freien Vereinigungen aller Art von den Jugendlichen bis zu den Erwachsenen, und vor allen Dingen die Gemeinden zu ausgedehnterer tätiger Mitwirkung herangezogen werden. Laspeyres.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Fischl, Über Abhärtung. (Fortschritte der Medizin, 28 Jahrg., Nr. 50, 15. Dez. 1910.)

In energischer Weise wendet F. sich gegen die nicht nur von unverständigen Eltern leider vielfach noch geübte schablonenmässige Abhärtung der Kinder. Ganz zu verwerfen ist die methodische Kaltwasserbehandlung der Säuglinge. Auch bei grösseren Kindern jenseits des dritten Lebensjahres soll man mit der Anwendung des kalten Wassers nur sehr vorsichtig vorgehen. Die Gewöhnung an die Luft leistet meist dasselbe für die Stärkung des Körpers; aber auch hier soll man nicht zu weit gehen. Kinder in der rauhen Jahreszeit ohne warmen Überrock oder gar mit nackten Waden ins Freie zu schicken, ist „eine ganz unsinnige Modetorheit". Eine solche „Abhärtung" hat häufig Blutarmut, nervöse Erregungszustände, Schlaflosigkeit und sonstige Gesundheitsschädigungen im Gefolge.

Laspeyres.

Hart, Kindheitsinfektion und Schwindsuchtsproblem vom Standpunkt der pathologisch-anatomischen Forschung und die Prophylaxe der tuberkulösen Lungenschwindsucht. (Tuberculosis 1910, Sept., Bd. 9, Nr. 9.)

Der Verfasser setzt sich zunächst mit der Ansicht von Roemer, es sei die tuberkulöse Lungenphythise auf eine massive Reinfektion von einem infantilen primären Infektionsherd aus zurückzuführen, auseinander. Ihm scheint diese Ansicht unbewiesen, ja im Widerspruch zu tatsächlichen Feststellungen und Erfahrungen zu stehen. Die Infektion im Kindesalter sei zwar häufig, führe aber zu einer Erkrankung besonderen Charakters, der Drüsentuberkulose, während die tuberkulöse Lungenphthise Erwachsener durch eine selbständige Infektion zustande komme.

Nicht in das Kindesalter, sondern in das Alter der Pubertät sei der Hauptangriff der Prophylaxe zu legen; denn mit Ausbildung und Vollendung der Körperreife müssten Momente bei bestimmten Menschen aktiv werden, die den Ausbruch der Erkrankung mitbedingen, oder sogar hauptsächlich bestimmend für ihn sind.

Hart weist dann auf die von ihm in Anlehnung an die alte Freundsche Lehre vertretene Ansicht hin, dass sowohl sekundäre Aperturanomalien infolge Skoliose der Hals- und oberen Brustwirbelsäule, als auch primäre Anomalien des Brustkorbes, auf angeborener Anlage beruhend, zur tuberkulösen Lungenschwindsucht disponieren. Hier muss die Prophylaxe angreifen. Besonders mit schwach entwickeltem Brustkorb behaftete Jünglinge sollten obligatorisch zur Kräftigung und Förderung ihrer körperlichen Entwickelung angehalten werden. Die von v. Schenckendorff aufgestellte Forderung, die Fortbildungsschule für die körperliche Erziehung

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der zwischen Schul- und Militärzeit stehenden Jugend heranzuziehen, verdient weitgehende Unterstützung. Laspeyres.

Reicher, Tuberkelbazillennachweis im Sputum nach der Uhlenhuthschen Antiforminmethode. (Mediz. Klinik 1910, Nr. 21 [285].)

Die Uhlenhuthsche Antiforminmethode ergibt in der Hüneschen Modifikation durchschnittlich um 27,5 % mehr positive Bazillenbefunde als die gewöhnlichen Methoden, liefert daher zur Stellung der Diagnose überhaupt, wie besonders bei der Unterscheidung zwischen offener und geschlossener Tuberkulose viel exaktere Resultate. Sie zwingt zu einer Änderung der Auffassung bezüglich jahrelang als geschlossen angesehener Fälle und gibt uns eine scharfe Kontrolle zur Beurteilung der Heilstättenerfolge in die Hand. Wir möchten nach unseren günstigen Erfahrungen die Uhlenhuthsche Methode einer allgemeinen Nachprüfung anempfehlen, wenn wir auch nicht verkennen, dass die Methode für den praktischen Arzt immerhin einige Unbequemlichkeiten mit sich bringt. Boas (Berlin).

Weinberg, Die Schwindsuchtssterblichkeit in staubigen Betrieben nach neuen amerikanischen und englischen Statistiken. (Soziale Medizin und Hygiene, Bd. V, Nr. 7.)

Die Arbeit enthält das Referat einer von Frederic L. Hoffmann im Bulletin of the Bureau of Labor Nr. 79, November 1908, veröffentlichten statistischen Untersuchung über Schwindsuchtssterblichkeit in stauberregenden Betrieben. Dieselbe fusst auf der Berufssterblichkeitsstatistik von Rhode-Island für 1897—1906 und der von England für 1890—1892 und 1900—1902.

Die Betriebe sind in solche mit 1) metallischem, 2) mineralischem Staub, 3) mit Pflanzenfaserstaub und 4) mit tierischem oder gemischtem Staube unterschieden. In allen vier Gruppen kommt die gesundheitsschädigende Wirkung der Tätigkeit in solchen Betrieben zum Ausdruck in der relativ kleinen Anzahl von Personen vorgeschrittenen Alters, einer hohen Durchschnittssterblichkeit und einem sehr hohen Prozentsatz von Schwindsuchtssterblichkeit.

Laspeyres.

Ronzani, Über den Einfluss der Einatmungen reizender Gase auf die Verteidigungskräfte des Organismus gegenüber den infektiven Krankheiten. (Arch. f. Hyg., Bd. 67, S. 14.)

Durch eine grosse Reihe von Tierversuchen an Kaninchen, Meerschweinchen und Tauben hat der Verfasser festgestellt die Höchstmenge der Gase, die durch längere Zeit eingeatmet werden können, ohne dass die natürlichen Schutzkräfte des Körpers gegenüber den Infektionskrankheiten Schaden erlitten. Die Tiere wurden in grossen,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

eigens dazu hergerichteten Kästen über einen Monat lang täglich 6—7 Stunden einer konstanten Gasmenge ausgesetzt, und es wurden Nachforschungen angestellt:

1. Bezgl. der Umänderungen in der Hervorbringung agglutinierender Substanz:

2. bezgl. der Umänderungen des immunisierenden Wertes des Blutserums nach der Pfeiffer'schen Methode.

3. bezgl. der Veränderungen im bakteriziden Vermögen der Lungen;

4. bezgl. des Verhaltens der empfänglichen Tiere gegenüber der Inokulation von virulentem Virus;

5. bezgl. des Verhaltents der empfänglichen Tiere gegenüber der Inokulation von abgeschwächtem Virus;

6. bezgl. des Verhaltens der immunen Tiere gegenüber virulentem Virus.

Bei diesen, sehr interessanten Versuchen wurde die geringste ohne Schädigung zu ertragende Gasmenge festgesetzt:

Für Chlorgase auf $0{,}002‰$,
für schweflige Säure auf $0{,}05‰$,
für rote Dämpfe auf $0{,}005‰$,
für Fluorwasserstoffgase auf $0{,}003‰$,
für Ammoniak auf $0{,}1‰$,
für Salzsäuregase ebenfalls auf $0{,}1‰$,

Diese Dosen bringen nach Ronzani keinerlei bemerkenswerte Veränderungen in der Ernährung oder im Blutbefund hervor, noch sind sie imstande, irgendwelche Abschwächung in den Verteidigungskräften des Organismus gegenüber den Infektionskrankheiten hervorzurufen, während höhere Dosen in den oben erwähnten Punkten 1—6 schädigend auf den Organismus wirken. Diese Gasmengen sind für sämtliche Gase niedriger, als früher von anderen Autoren und Beobachtern behauptet wurde. Savels.

Bogner, Krankheits- und Sterblichkeitsverhältnisse bei den Porzellanarbeitern in Deutschland, insbesondere im Bezirk Selb-Rehau in Bayern. (Deutsche Vierteljahrsschr. f. öffentl. Gesundheitspfl., Bd. 41, Heft 2.)

Verfasser schickt des besseren Verständnisses der einzelnen Erkrankungen wegen zunächst eine Schilderung der Technik der Herstellung der Porzellangeräte voraus. Er gibt sodann vergleichende Mortalitäts- und Morbiditätstabellen und zeigt, dass namentlich der Tuberkulose die Hauptbedeutung zuzuschieben ist; Verfasser geht dann an der Hand seiner im Selber Bezirk gemachten Beobachtungen die einzelnen Berufszweige der Porzellanarbeiter durch und schildert jedesmal die hierbei vorkommenden Krankheiten.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Er sucht die Ätiologie der Erkrankungen zu eruieren und gibt zum Schluss eine Reihe sehr praktischer Vorschläge, die hygienische Lage der Porzellanarbeiter günstiger zu gestalten.

Peusquens.

Klocke, Jahresberichte der preussischen Regierungs- und Gewerberäte. [Mitteilungen über eine Erkrankung der Haut, genannt „Nickelkrätze", oder besser „Nickelflechte".]

Es ist dies ein Ekzem, das bei Arbeitern vorkommt, die bei ihrer Beschäftigung mit den Salzen des Nickels in innige Berührung kommen. Der Verfasser glaubt, dass speziell die Nickelsalze die Ursache des Ekzems seien, und schlägt deshalb eine Reihe von Vorbeugungsmassregeln vor, die durchaus zu billigen sind, auch wenn man die Krankheit allgemeiner als „Gewerbeekzem" auffasst, das durch Reize der verschiedensten Art bei dazu disponierten Personen hervorgerufen werden kann. Gottschow (Cöln).

Bachem, Selter u. Finkler, Die von Zülpich im Sommer 1909 ausgehende Epidemie von Lungenerkrankungen und der heutige Stand der Psittacosisfrage. (Klin. Jahrb. 1910.)

B. schildert das plötzliche Auftreten einer eigentümlichen Pneumonieform bei 26 Menschen, von denen 5 starben, die, wie genau nachgewiesen wird, alle ein Zimmer in einem Hause in Zülpich betreten hatten, in dem sich zwei Wellensittiche befanden. Die meisten Betroffenen waren bei Gelegenheit der Beerdigung des zuerst erkrankten Besitzers jener Papageien in das betreffende Haus gekommen oder waren mit der Krankenpflege in diesem Hause betraut. Der plötzliche, fast seuchenartige Ausbruch einer in fast allen Fällen ziemlich gleichartig auftretenden Erkrankung bei Mitgliedern und Bekannten einer Familie legte den Gedanken an eine gemeinsame Ursache, die dann auch bald gefunden wurde, nahe. Die Krankheit verlief in allen Fällen unter dem Bilde einer eigentümlichen, schweren Pneumonie, die grosse Neigung zeigte, zu wandern, geringe Lokalerscheinungen bot, und kaum zu Husten und Auswurf führte. Das Fieber war meist hoch und continuierlich, lytisch abfallend; das Censorium stark beteiligt; Cyanose und Dyspnoe sehr stark. Einige Male traten Durchfälle und Nierenentzündung auf. Die Inkubationszeit schwankte zwischen 2—14 Tagen. Eine Übertragung von Mensch auf Mensch fand nicht statt, was Verfasser genau nachweist.

Den bakteriol. Teil hat Selter bearbeitet. Er konnte aus einem Punktat, aus den Organen der Verstorbenen und der getöteten Papageien Streptokokken-Stämme züchten, die morphologisch und kulturell die grösste Übereinstimmung zeigten: so unter anderem: „Kurze Ketten im Gewebe und in den ersten Kulturen, spärliches

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Wachstum auf Agarnährböden, kein anaerobes Wachstum, kein Wachstum auf Gelatine, kurze Lebensfähigkeit". Überimpfungen auf Versuchs-Papageien schlugen fehl. Die Übertragung auf den Menschen denkt sich Verfasser so, dass die Keime beim Spucken der Tiere von der Rachenschleimhaut in die Aussenluft gelangen und hier unter gewissen, noch nicht genauer bekannten Umständen, für den Menschen gefährlich werden können. Der bei Erkrankungen der Papageien von Nogard beschriebene Paratyphus ähnliche Bazillus hat mit diesen Streptokokken nichts zu tun, zumal über seine Menschenpathogenität bisher nichts bekannt ist.

Zum Schluss beschreibt Finkler die pathologisch-histologischen Befunde der Streptokokkenpneumonien der Zülpicher Epidemie. Es handelt sich um exquisit lobuläre pneumonische Herde mit reichlichen Kettenkokken im galligen und fibrinhaltigen entzündeten Gewebe. F. betont besonders, dass die Bronchien überall frei waren, weshalb die echte lobuläre Pneumonie scharf von der Bronchopneumonie zu trennen sei. Als spez. Erreger dieser Psittakosis-Erkrankung kommen nur Streptokokken in Frage, was Verfasser Leichtenstern gegenüber hervorhebt, der bei „atypischen", lobulären Pneumonien Mischinfektionen annahm. Bei einem an Staupe eingegangenen Hunde wurden im Bonner hygienischen Institut ganz ähnliche Streptokokken-Pneumonien gefunden; nur kulturell zeigten die Erreger hier ein anderes Verhalten. Beltz (Cöln).

Gerland, Über die Bekämpfung der Einschleppung der Pocken in Preussen. (Deutsche Vierteljahrsschr. f. öffentl. Gesundheitspfl., Bd. 41, Heft 2.)

Anknüpfend an die Tatsache, dass in der letzten Zeit die Pockenfälle in Preussen zugenommen haben, fordert der Verfasser, alle Einwanderer aus Russland, Galizien und Italien ohne weitere Prüfung einer Zwangsimpfung zu unterziehen. Verfasser beweist an der Hand verschiedener im Wortlaut zitierter Paragraphen, dass die gesetzlichen Voraussetzungen für eine derartige Zwangsimpfung gegeben sind. Peusquens.

Busse, Die übertragbare Genickstarre. (Klin. Jahrb. 1910, Bd. 23.)

Nach einer geschichtlichen Übersicht und Darstellung des zeitlichen und örtlichen Auftretens der Genickstarre weist Verfasser auf die Vielgestaltigkeit des klinischen Verlaufs und dabei besonders auf das Stadium hydrocephalicum derjenigen Kranken hin, die über die 3. Krankheitswoche hinauskommen. Zur Erklärung der Nackenstarre stellt er die neue Hypothese auf, dass, wie bei der Coxitis, rein mechanische Momente dabei die Hauptsache seien, indem die Kranken eine Stellung einnehmen und krampfhaft fixieren (nämlich das Überbiegen des Kopfes und der Wirbelsäule nach hinten), die

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

den erhöhten intraduralen Druck möglichst herabsetzen soll. Das gleiche mechanische Moment nimmt er für die Entstehung des Kernigschen Symptomes als wahrscheinlich an. Die pathologisch-anatomischen Befunde, auf deren Einzelheiten hier nicht näher eingegangen werden kann, erfahren eine sehr eingehende Darstellung; entsprechend den klinischen Erscheinungen sind auch sie sehr mannigfaltig. Verfasser kommt u. a. zu dem Resultat, dass sich die Diagnose auf epidemische Genickstarre allein aus dem anatomischen Befund am Gehirn und seinen Häuten nicht mit Sicherheit stellen lasse. Ein Übergreifen der Entzündung von der weichen Hirnhaut auf die Hirnrinde hat Verfasser bei den Fällen, die aus der ersten Woche stammten, nie beobachten können, so dass er diesen negativen Befund als charakteristisch für die übertragbare Genickstarre ansieht.

Des weiteren wird eine für das richtige Verständnis der Befunde im Liquor (bei der Lumbalpunktion) sehr wichtige Auseinandersetzung der anatomischen Verhältnisse der Rückenmarkshäute gegeben. Die Veränderungen der übrigen Organe, besonders der Nase und des Nasenrachenraumes, werden ebenfalls eingehend besprochen. Es wird besonders auf die äusserst starke Abmagerung im Stadium hydrocephalicum und die Schwellung der Lymphdrüsen in den verschiedenen Körperregionen aufmerksam gemacht. Bezüglich der Ätiologie sagt Verfasser, dass bei der überwiegend grossen Mehrzahl der Fälle der Meningokokkus intracellularis Weichselbaum als alleiniger Erreger gefunden wird, sehr viel seltener und nur in besonderen Fällen auch neben anderen Bakterien.

Die gewöhnlichste und häufigste Eintrittspforte für die Infektion ist der Nasenrachenraum, ihr Weg von dort jedoch in die weichen Häute des Gehirns und Rückenmarks ist noch nicht klargestellt. Verfasser nimmt den Blutweg als den wahrscheinlichsten an. Die Bedeutung der Kokkenträger, die ihrerseits meist nur mit leichtem Schnupfen oder Angina erkranken, wird besonders hervorgehoben. Sie sind die eigentlichen Verbreiter der Epidemie und so erklärt sich auch das sprunghafte Fortschreiten der letzteren. Daneben ist eine gewisse Disposition nicht von der Hand zu weisen.

Betreffs der Therapie hält Verfasser die intralumbale Injektion des Serums für ein aussichtsreiches Heilungs- bezw. Linderungsmittel.

Lehmacher (Cöln).

Spieler, Zur Epidemie der Heine-Medinschen Krankheit in Wien 1908/09. (Wien. Med. Wochenschr. 1910, Nr. 13.)

Verfasser weist bezüglich der Initialsymptome auf das Überwiegen hartnäckiger Obstipation gegenüber den anderwärts mehr beobachteten Durchfällen hin.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die Krankheit setzte ferner häufig mit Erbrechen ein, dagegen zeigte sich der Respirationstraktus auch im Gegensatz zu anderen Beobachtungen relativ selten zu Anfang affiziert. Sehr häufig konnten Schmerzsymptome beobachtet werden, relativ oft auch Nackenstarre sowie mehr oder weniger vollständige Kombination von Meningitissymptomen. Eine andere Gruppe der Krankheit verlief unter dem Bilde der Meningitis serosa. Von den Hirnnerven war besonders oft das Fazialisgebiet betroffen. Prodomalerscheinungen waren in der Dauer von drei Tagen bis eine Woche und darüber nachweisbar. In einem Fall trat ein fieberhaftes Rezidiv auf. Lehmacher (Cöln).

Huber, Über das Erlöschen der Mikrosporieepidemie in Schöneberg. (Mediz. Klinik 1910, Nr. 17 [281].)

Die Epidemie betraf im ganzen 39 Fälle, 32 Haarmikrosporien und 7 Hautfälle. Die Übertragung erfolgte durch einen französischen Knaben, der während eines Aufenthaltes in mehreren Stiften verschiedene Kinder infizierte. Die Epidemie, deren Bekämpfung der Kommunalverwaltung 20 000 M. Unkosten verursacht hat, kann jetzt als nahezu erloschen gelten, wenngleich noch kürzlich wieder in Berlin N ein Fall zur Beobachtung gekommen ist.

Boas (Berlin).

Koch, Über abortive Tollwut. (Zeitschr. f. Hyg. u. Inf., 64. Bd., Heft 2.)

Verfasser konnte am Tierexperiment feststellen, dass die Infektion mit Strassenvirus nicht in allen Fällen bei Kaninchen und Ratten zur tödlichen Erkrankung führt. Er konnte ferner im Gegensatz zu anderen Autoren sehen, dass eine Lyssainfektion beim Hunde nicht unter allen Umständen zum Tode führt, dass ferner Symptome, die den Ausbruch der Erkrankung anzeigen, wieder zurückgehen können, dass also eine abortive Form der Lyssa tatsächlich vorkommen kann. Dass bei diesen geheilten Hunden wirklich Lyssa vorlag, erhellt daraus, dass die Verimpfungen des Speichels derart erkrankter Hunde bei Versuchstieren Tollwut erzeugen konnten. Die bei Kaninchen, Ratten und Hunden und auch Menschen beobachteten spinalen, prognostisch günstigen Lähmungen, die bisher als eine Folge der Wutschutzimpfung gedeutet wurde, ist als eine durch den Erreger der Strassenwut hervorgerufene Form der Myelitis zu betrachten. Aufnahme und Ablagerung des Lyssaparasiten geschieht durch die allgemeine Zirkulation in das Gehirn und Rückenmark. Die verschiedene Inkubationsdauer beim Menschen erklärt sich durch den Umstand, dass das Virus als ein wenig pathogener Parasit im latenten Zustand im Zentralnervensystem vegetieren kann, bis

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

durch irgend eine Ursache plötzlich eine starke Vermehrung eintritt. Es gibt bei dem mit dem Lyssagift infizierten Menschen auch eine leichtere Art der Erkrankung, die sich äussert in weinerlicher Stimmung, gedrücktem, traurigen Wesen, Fieber, Speichelfluss, Delirien, Schling- und Atembeschwerden, Verfall und Hinfälligkeit. Peusquens.

Babes, Über die Notwendigkeit der Abänderung des Pasteurschen Verfahrens der Wutbehandlung. (Zeitschr. f. Hyg. u. Inf., 58. Bd., 3. Aufl., S. 387—401.)

Pasteur hatte behauptet, dass sein Verfahren erst 14 Tage nach Beendigung der Behandlung, also etwa 25—30 Tage nach dem Bisse, zur vollen Wirkung gelangt. Bei jenen gebissenen Personen, bei welchen die Inkubation weniger als einen Monat beträgt, ist die Behandlung wenig wirksam oder unwirksam. Diese Fälle sind aber sehr zahlreich, indem von den von Hunden Gebissenen 13%, von den von Wölfen Gebissenen über 50% vor dem 30. Tage zugrunde gingen.

Verfasser war deshalb bestrebt, die Behandlung wirksamer zu gestalten, und benutzte zu seinen Versuchen Personen, welche von wütenden Wölfen am Kopfe gebissen waren und bis dahin eine Mortalität von 90% aufwiesen.

Es ist Babes gelungen, eine Methode zu finden, welche die Mortalität ganz bedeutend herabsetzt und der Tod nur in jenen Fällen eintrat, bei welchen die Inkubation weniger als 15 Tage betrug.

Das Wesentliche in der Verstärkung der Behandlung besteht zunächst in reichlicher Anwendung der erwärmten Emulsionen und in der Überschwemmung des Organismus während möglichst langer Zeit mit wirksamen Substanzen. Mastbaum (Cöln).

Berg, Die forensische Bedeutung der Fleischvergiftung, an Düsseldorfer Gruppenerkrankungen erläutert. (Zeitschr. für Medizinalbeamte, 23. Jahrg. 1910, Nr. 15.)

Vergiftungen durch den Genuss von Feisch kranker Tiere sind meist durch Paratyphus-Bazillen oder den Bacillus enteritidis verursacht.

Wenn das Schlachtvieh gesund war, kann das Fleisch verderben durch das Eindringen von Fäulniserregern, meist Proteus, welche sich besonders bei sommerlicher Hitze im Hackfleisch ansiedeln. Mehrere Gruppenerkrankungen in Düsseldorf sind Beispiele für die Erkrankung mit solchem verdorbenen Fleisch.

Bezüglich der Schuldfrage muss der Sachverständige sehr vorsichtig sein; meistens enden die Gerichtsverhandlungen mit Freisprechung der betreffenden Händler. Denn trotz ordnungsmässiger Untersuchung des Schlachtviehs kann doch mit Bacillus

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

enteritidis und Paratyphus B infiziertes Fleisch in den Verkehr gelangen; und die Verderbnis des Fleisches durch Proteus braucht nicht äusserlich erkennbar zu sein. Wichtig ist, bei der Leichenöffnung in solchen tödlich verlaufenen Fällen einen Bakteriologen gleich zur Obduktion zuzuziehen. Laspeyres.

Konrich, Zur Bewertung des Bakterium coli im Wasser. (Klin. Jahrb. 23, S. 1.)

Verfasser hat insgesamt 2387 Bakterienstämme aus Fäces, Erde und Wasser untersucht nach folgenden Gesichtspunkten: Definition des Bakterium coli, Vorkommen desselben, Lebensdauer und Vermehrungsfähigkeit ausserhalb des Darmes, Fähigkeit, dabei seine Eigenschaften zu ändern, beste Methode seines Nachweises, besonders im Wasser. Nach der Häufigkeit, mit der sich die im Darm vorkommenden Coliarten im Boden und im Wasser fanden, wurde ihr Wert als Indikator für Fäkalverunreinigungen untersucht. —

Zur Abgrenzung des Begriffes des Bakterium coli wurde eine grosse Anzahl Untersuchungen angestellt, deren Resultate kurz folgende sind:

1. Morphologisch betrachtet: gramnegative, nicht sporenbildende, plumpe Kurzstäbchen. Grösste Länge 5 μ. Die kleinsten Formen nach Grösse und Gestalt den Streptokokken ähnlich, meist schwach bis gar nicht beweglich, Unfähigkeit der Verflüssigung von Gelatine als Colimerkmal brauchbar.

Eine konstante Eigenschaft ist die Milchgerinnung die nur selten fehlt. Niemals fehlt dagegen die Fähigkeit der Zerlegung des Milchzuckers sowie die Bildung von Gas aus Traubenzucker bei 37°, während bei 46° die Säurebildung aus Dextrose als Kriterium genügen muss.

Weniger konstant ist die Eigenschaft, Neutralrot zu verändern, während der Indolnachweis für die Colibestimmung untergeordnete Bedeutung hat. Brauchbar ist der Endo'sche Nährboden zur Isolirung von Colikeimen, aber die Wuchsform der Bakterien darauf genügt allein nicht zur Identifizierung.

Als Mindestforderung für den Colibegriff sind demnach ausser den oben angegebenen morphologischen Eigenschaften die Fähigkeit, Traubenzucker bei 37° unter Gasbildung zu zerlegen, sowie die Unfähigkeit, Gelatine zu verflüssigen anzusehen. Was nun das Vorkommen des Bakterium coli angeht, so findet es sich regelmässig im Warmblüterdarm; in Erde und auf Pflanzen um so häufiger, je näher sie sich an verkehrsreichen und bewirtschafteten Plätzen befinden.

Seine Lebensfähigkeit leidet durch Austrocknung nur wenig

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

durch Licht dagegen stark. Im Konkurrenzkampf mit anderen Mikroorganismen behauptet es sich gut.

Eine allmählige Umwandlung seiner Eigenschaften ist höchstwahrscheinlich möglich; sicher bewiesen ist es, dass es seine Eigenschaften plötzlich ändern kann.

Bezüglich des Vorkommens des Bakterium coli im Wasser ergaben die Untersuchungen von 198 Wasserproben die grössere Empfindlichkeit des Mc. Konkey'schen Verfahrens gegenüber dem Eijkmann'schen (Methoden werden angegeben), und es liessen sich mit dem ersteren Verfahren im Wasser sämtliche Coliarten der Fäces und der Erde nachweisen. Irgendwelche feste Beziehungen zwischen dem Coligehalt und der nach hygienischem Gesichtspunkt beurteilten Beschaffenheit der Wässer liessen sich nicht auffinden, so dass der Colibefund für die Beurteilung eines Wassers nur mit sehr grosser Zurückhaltung zu verwerten ist.

(Atypische Formen von der Indikatoraufgabe auszuschliessen, verbietet sich unter anderem deshalb, weil sich in manchen Fällen in Kulturen von, aus künstlich infizierten Wässern isolierten Colibazillen atypische Formen vorfinden.

Auch der Umstand, dass man in künstlich infizierten Wässern, je später man untersucht desto mehr atypische Formen findet, ist in obigem Sinne zu verwerten).

Da sich noch nach 4 Wochen in einigen Proben der künstlich infizierten Wässer unveränderter Coligehalt zeigte, kann der Colibefund im Wasser nicht als Beweis für eine frische Verunreinigung angesehen werden.

Neu in Gebrauch zu nehmende Wässer nach dem Coliverfahren beurteilen zu wollen, ist nach des Verfassers Ansicht nicht angängig; die physikalisch-chemischen und sonstigen bakteriologischen Proben sowie die Ortsbesichtigung können durch die Coliprobe in keiner Weise entbehrlich gemacht werden. Conzen.

Blumenthal, Die Infektiosität der bösartigen Geschwülste. (Sonderabdruck aus: Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. 1910, Nr. 12.)

Verf. unterzieht in dem vorliegenden Aufsatz das literarische Material, das für und gegen die Übertragbarkeit bösartiger Geschwülste spricht, einer kritischen Würdigung. Zunächst beweisen eine Reihe von Experimenten, namentlich die bekannten Versuche Jensens über Mäusekarzinom, dass der Krebs gelegentlich endemisch auftreten und den Charakter einer Infektionskrankheit annehmen kann. Das Hineinbringen von Mäusen mit Krebs in einen Käfig mit bis dahin gesunden Mäusen lässt oft einige Fälle mit identischen Tumoren in die Erscheinung treten. Damit scheint die Möglichkeit einer Ansteckung nahezu bewiesen. Die Art der Über-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

tragung kann eine verschiedene sein: nach Morau kann sie beispielsweise durch Zwischenwirte erfolgen, bei gesunden Mäusen durch Wanzen, die einem Käfig mit karzinomatösen Mäusen entnommen waren. Einen anderen Weg der Infektion stellt der sexuelle Verkehr dar, den Sticker zuerst bei Hunden als Ursache der Infektion festgestellt hat: Hündinnen mit Sarkom der Sexualorgane infizierten Hunde, bei denen nach gewisser Zeit Penissarkome auftraten. Ein anderer Infektionsmodus, namentlich bei Mäusen, ist die Infektion von der Mamma her. Jedenfalls geht aus all diesen Versuchen die Möglichkeit einer Spontanübertragung des Krebses und damit einer ektogenen Entstehung derselben hervor. Als Virus kommt nach dem heutigen Stande der Wissenschaft nur die Krebszelle in Betracht. Verf. bespricht nun die verschiedenen Theorien der Krebszelle. Der bekannte Kliniker v. Leyden nimmt die Umwandlung einer Epithelzelle zur Krebszelle durch einen symbiotischen Parasiten an. Verf. lehnt diese Theorie ab, weil sie keine allgemeine Bestätigung gefunden hat und sich nur auf vereinzelte Befunde bei Mammakarzinomen beim Menschen und bei der Katze stützt. v. Leyden hat dann seine Anschauung dahin modifiziert, dass in der Krebszelle selbst das parasitäre Moment zu erblicken sei, welcher Anschauung sich auch der Verf. anschliesst. Ebenso sehen andere Forscher die Krebszellen als Parasiten an, die genau so behandelt und bekämpft werden müssen wie pflanzliche Parasiten. Auf die neueren zellularen Eigenschaften und Differenzen, die rein pathologisch-anatomisches Interesse besitzen, sei hier nicht näher eingegangen. Den Fortschritt dieser Anschauung sieht Verf. darin, dass wir nunmehr die infektiösen Eigenschaften der Krebszelle verstehen, auch ohne einen pflanzlichen oder tierischen Parasiten nötig zu haben. Die weitere damit in engem Zusammenhang stehende Frage, ob wir in den Übertragungsversuchen von einem Tier auf ein anderes eine Transplantation oder nicht vielmehr eine Infektion zu erblicken haben, ist vom klinischen Standpunkt in dem letzteren Sinne zu entscheiden, was wiederum notwendigerweise zu der Schlussfolgerung führt, die Krebszelle resp. die Sarkomzelle ist infektiös. Grosse Schwierigkeiten bietet die Erklärung der Entstehung des Karzinoms durch Ansteckung resp. Infektion mit Krebszellen. Verf. verweist auf die sog. Berufskarzinome der Teerarbeiter, der Schornsteinfeger, der Anilinarbeiter und des Röntgenpersonals, alles Erscheinungen, die darauf hindeuten, dass Reize im allgemeinen für die Entstehung der Krebse verantwortlich zu machen seien. Ebenso können bakterielle Reize für die Übertragung von Krebsen in Frage kommen. Es ist nicht ausgeschlossen, dass auch von Parasiten beim Menschen direkte chemische Wucherungsreize ausgehen können. Einen dieser möglichen organischen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Reize stellen z. B. die von einigen Autoren beschriebenen Milbenarten dar, die nicht notwendigerweise als Zwischenwirte gedeutet zu werden brauchen, sondern als direkte Träger der Infektion. Jedenfalls erscheint es dem Verf. verfehlt, nach einem spezifischen Erreger des Karzinoms und Sarkoms zu suchen, vielmehr erscheint es ihm nicht zweifelhaft, dass es sich bei der Krebsinfektion um zahlreiche Lebewesen handelt, die imstande zu sein scheinen, gelegentlich bösartige Geschwülste durch Reizwirkungen zu erzeugen oder als Zwischenwirte Krebszellen zu übertragen. Neben diesen organischen Reizen kommen natürlich auch solche anorganischer Natur wie die oben erwähnten in Frage. Boas (Berlin).

NB. Die für die Leser des „Centralblattes für allgemeine Gesundheitspflege“ interessanten Bücher werden seitens der Redaktion zur Besprechung an die Herren Mitarbeiter versandt und Referate darüber, soweit der beschränkte Raum dieser Zeitschrift es gestattet, zum Abdruck gebracht. Eine Verpflichtung zur Besprechung oder Rücksendung nicht besprochener Werke wird in keinem Falle übernommen; es muss in Fällen, wo aus besonderen Gründen keine Besprechung erfolgt, die Aufnahme des ausführlichen Titels, Verlegers und Preises an dieser Stelle den Herren Einsendern genügen.

Die Verlagsbuchhandlung.

Generated on 2019-12-14 17:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA

MEYERS
Der beste Ratgeber für Beruf u. Haus ist:
Sechste, gänzlich neubearbeitete und vermehrte Auflage
150,000 Artikel auf 18,593 Seiten Text
16,831 Abbildungen 1522 Tafeln und Karten
GROSSES KONVERSATIONS-LEXIKON
20 Bände in Halbleder geb. zu je 10 Mark oder in 20 Prachtbände geb. zu je 12 Mark
Verlag des Bibliographischen Instituts in Leipzig

Ein vorzügliches Unterstützungsmittel beim Gebrauch von Brunnenkuren.

H. Bürger's Digestivsalz.
Seit **über 30 Jahren** glänzend bewährt durch seine vorzüglichen **diätetischen** Eigenschaften bei allen Verdauungsstörungen, besonders **schwache Verdauung** usw. — Von überraschender Wirkung bei allen Belästigungen, die aus dem Genusse **schwer verdaulicher Speisen** entstehen. — Bewährt bei **Frauen** zu Beginn und während der Schwangerschaft gegen **Erbrechen, Uebelsein, Verstopfung.** Unentbehrlich für Leute mit sitzendem Lebensberufe. Ersatz für natürliche Bitterwässer. — Absolut frei von schädlichen Bestandteilen, Zusammensetzung auf jeder Flasche angegeben.
Generalvertrieb durch A. Feldhofen, Bad Neuenahr.
Depots: **Berlin,** Elefantenapoth. a. Dönhoffplatz; Königin Louisenapoth., Bülowstr. 18. — **Frankfurt a/M.,** Rosenapoth. a. Salzhaus. Broschüren u. Proben durch **A. Heimbürger Nachf., Münster i/W.**

Verlag von Martin Hager in Bonn.

Soeben erschien in meinem Verlage:

Eduard Pflüger.

Ein Nachruf von **E. von Cyon.**

Mit einem Bildnis Pflügers.

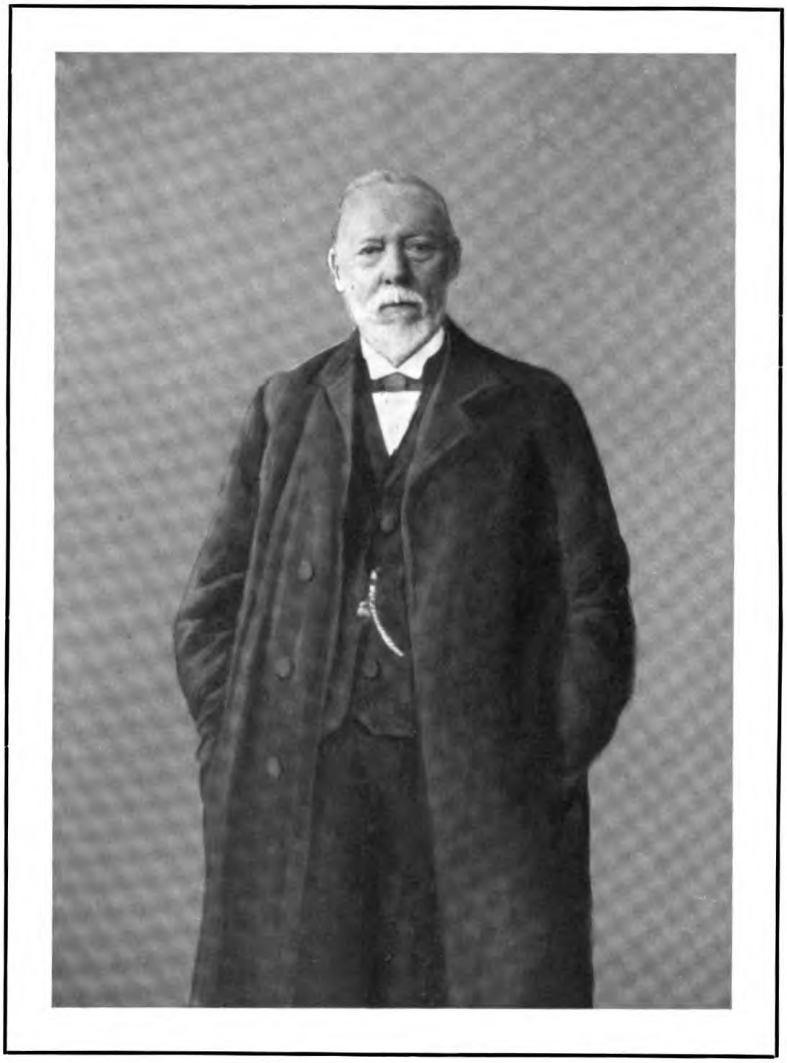
Preis 1.— M.

Der Verfasser, der mit dem Altmeister der Physiologie bis zu dessen Tode in einem fast ununterbrochenen Briefwechsel gestanden, der zu intimen freundschaftlichen Beziehungen führte, gibt auf Grundlage der wichtigsten der fruchtbaren Leistungen Pflügers eine psychologische Charakteristik des grossen Naturforschers.

Die Schrift ist für jeden Mediziner und Schüler Pflügers von grösstem Interesse.

Generated on 2019-12-14 17:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google



Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF IOWA

Generated on 2019-12-14 17:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Eduard Lent †.

Am 25. April ist unser Mitherausgeber, Eduard Lent, im 80. Lebensjahre nach kurzer Krankheit gestorben. Sein Tod, den die ganze Ärzteschaft Deutschlands und alle Freunde der Hygiene betrauern, trifft mit besonderer Härte den Niederrheinischen Verein für öffentliche Gesundheitspflege und dessen Organ, das Centralblatt für allgemeine Gesundheitspflege. Mit Lent hat der Verein seinen Begründer und langjährigen Geschäftsführer, hat das Centralblatt seinen ältesten Herausgeber verloren.

Die Verdienste des Verstorbenen werden an anderer Stelle eingehend gewürdigt. Uns war er ein bewährter Führer und treuer Freund, dessen wir stets in Verehrung und Liebe gedenken werden. Zu seinem Nachfolger in der Geschäftsführung des Vereins ist vom Vorstand Herr Professor Dr. Pröbsting in Cöln gewählt worden. Auf unsern Wunsch hat sich Herr Professor Dr. Pröbsting auch bereit erklärt, in die Redaktion des Centralblattes einzutreten.

Stübben. **Reichenbach.**

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Eduard Lent †.

Eine schmerzliche Trauerkunde haben wir unseren Lesern mitzuteilen: Eduard Lent ist am 25. April nach kurzem Krankenlager im Alter von fast 80 Jahren durch den Tod dahingerafft. Damit schied von uns der Mann, der fast 40 Jahre die Leitung dieses Blattes geführt hat, und auf dessen Anregung der Niederrheinische Verein für öffentliche Gesundheitspflege ins Leben trat. Trauernd stehen wir am Grabe dieses edlen Mannes und mit uns die deutsche Ärzteschaft, die einen ihren besten Führer verlor.

Sein Lebenslauf war einfach und ist bald erzählt. In Wesel, wo sein Vater die Stelle eines Landgerichtsdirektors bekleidete, war er am 16. November 1831 geboren. Er besuchte das Gymnasium in Hamm und erlangte hier im September 1851 das Zeugnis der Reife.

Seine ersten Semester verlebte er in Heidelberg, wo der berühmte Anatom Henle sich besonders seiner annahm. Einer gesetzlichen Vorschrift folgend, ging Lent dann nach einem Jahr nach Berlin, um sein Examen philosophicum abzulegen. Aber den jungen Studenten zog es wieder nach Süddeutschland. An der Würzburger medizinischen Fakultät lehrten damals einige Männer, die eine grosse Anziehungskraft ausübten: Kölliker, der seit einigen Jahren den Lehrstuhl für Anatomie innehatte, und Rud. Virchow, der dort seine ersten bahnbrechenden Untersuchungen machte. Lent bezog im Jahre 1853 die Universität Würzburg und trat bald in nahe Beziehung zu Kölliker, der an der Ausbildung Lents lebhaften Anteil nahm; räumte er ihm doch in seinem eigenen Zimmer eine Arbeitsstätte ein. Hier war es auch, wo Lent mit Ad. Kussmaul ein inniges, das ganze Leben dauerndes Freundschaftsverhältnis anknüpfte.

Im Jahre 1854 ging Lent nach Berlin zurück, um sich auf das Staatsexamen vorzubereiten. Auch hier hatte er wieder das Glück, mit zahlreichen jungen Ärzten in näheren Verkehr zu treten, die später zu den ersten ihres Standes gehören sollten, so zu Billroth, Busch und zu Rich. Volkmann. Im Winter 1855/56 bestand Lent die Staatsprüfung, blieb aber zunächst noch in Berlin, um als einjährig-freiwilliger Arzt seiner Dienstpflicht zu genügen.

Im August 1856 liess sich Lent in Köln als praktischer Arzt nieder. Die unfreiwillige Musse, die jedem jungen Arzt ja zunächst

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

beschieden ist, damals ebenso wie heute, benutzte er, um als Volontärarzt am Bürgerhospital seine Kenntnisse zu erweitern. Aber schon bald wurde man auf den tüchtigen jungen Arzt aufmerksam, und wenn er auch seine Praxis noch bescheiden als Armenarzt und Kassenarzt begann, so fand er doch ein weites Feld erspriesslicher Tätigkeit, wo er auch sein organisatorisches Talent zeigen konnte. Auch die sonstige Praxis liess nicht lange auf sich warten; bald war Lent ein gesuchter Arzt, und das ist er bis zu seinem Ende geblieben: ein gesuchter, vielbeschäftigter Arzt.

Zwei hervorstechende Züge zeigten sich schon früh bei dem jungen Arzt, die für sein ganzes Leben von höchster Bedeutung werden sollten. Zunächst sein Sinn und seine Bestrebungen für die Hebung des ärztlichen Standes. Er gehörte sicher mit zu den ersten Ärzten, die klar erkannten, dass die Hebung des Standes nur durch den festen kollegialen Zusammenschluss möglich ist, dass nur hier die starken Wurzeln aller Standesbestrebungen liegen. Das ist eine Wahrheit, die heute allgemein anerkannt ist, die aber damals keineswegs überall gültig war.

Um die Ärzte seiner neuen Heimat zusammenzuschliessen, um die kollegialen Beziehungen zu bessern, gründete Lent mit mehreren anderen Ärzten einen geselligen ärztlichen Verein, die noch heute bestehende „Dunkle Stunde". Besonders lag ihm der Verein der Ärzte des Regierungsbezirks Cöln am Herzen. Mehr wie 40 Jahre gehörte er dem Vorstand dieses Vereins an, und 25 Jahre leitete er ihn als Vorsitzender. Gerade hier erwarb er sich um die Unterstützung bedürftiger Ärzte und ihrer Angehörigen die grössten Verdienste.

Noch vor einigen Jahren entstand auf seine Anregung der Verein der Bahnärzte des Bezirks Cöln, und auch diesen Verein leitete er als Vorsitzender.

Er war stellvertretender Vorsitzender des Geschäftsausschusses des Deutschen Ärztevereinsbundes, und wohl allen Teilnehmern ist noch in lebhafter Erinnerung, mit welchem Geschick er im Mai vorigen Jahres an Stelle des erkrankten ersten Vorsitzenden Löbker den ausserordentlichen Ärztetag in Berlin leitete.

Mit der Geschichte der preussischen Ärztekammer ist der Name Lent auf das innigste verbunden. Nicht zum wenigsten ist seinen Bemühungen die Einrichtung und der Ausbau dieser Standesvertretung zu verdanken. Als der erste Vorsitzende der rheinischen Ärztekammer, der um die deutsche Ärzteschaft so hochverdiente Graf-Elberfeld, vor 15 Jahren starb, da übernahm Lent den Vorsitz in der Kammer und im Ehrengericht der Kammer. Und als der Ausschuss der preussischen Ärztekammer eingerichtet wurde, da wurde Lent auch hier zum Vorsitzenden gewählt.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Und alle diese Ämter und Bürden nahm er gern und willig trotz seines hohen Alters auf sich. Immer und überall setzte er seine ganze Kraft ein, überall war er rastlos tätig. In einem Alter, in dem andere längst das wohlverdiente otium cum dignitate geniessen, kannte er nur Arbeit im Interesse seiner Kollegen.

Als im August 1905 im alten Gürzenich Lents 50jähriges Doktorjubiläum gefeiert wurde, da konnte Prof. Löbker mit Recht sagen, dass wohl keiner soviel für die deutsche Ärzteschaft geleistet habe, wie gerade Lent, er repräsentiere 50 Jahre deutscher Ärzteschaft.

Die deutschen Ärzte werden ihn besonders hier am schmerzlichsten vermissen; die Lücke, die durch seinen Tod entstanden ist, wird schwer auszufüllen sein. Sein grosses Geschick in der Führung der Geschäfte, seine Ruhe und Umsicht in der Leitung der Versammlungen, seine Gewandtheiten im Verkehr mit den Behörden sind kaum zu ersetzen.

Und der zweite Zug, der schon früh hervortrat, der noch wichtiger und für uns noch bedeutungsvoller werden sollte, war seine Tätigkeit auf dem Gebiete der öffentlichen Gesundheitspflege. Hier hat er wahrhaft Grosses geleistet. Diese Tätigkeit begann anfangs der 60er Jahre, als in Paris die Cholera herrschte und von da nach Deutschland überzugreifen drohte. Um die Seuche abzuwehren, entstand auf Anregung von Lent ein Komitee für öffentliche Gesundheitspflege, das Strassen, Wohnungen, Brunnen usw. auf ihre gesundheitliche Beschaffenheit prüfen sollte, und er selbst schrieb ein Flugblatt: „Wie schützt man sich vor der Cholera?“

Durch den österreichischen Krieg von 1866 wurde der junge Arzt aus seiner Praxis herausgerissen. Als Stabsarzt machte er den böhmischen Feldzug mit und lernte hier wieder die Cholera in ihrer furchtbarsten Form kennen. Nach Hause zurückgekehrt, fand er auch hier die Krankheit vor. Vom Polizeipräsidenten wurde ihm die Leitung der Bekämpfungsmassregeln übertragen, und es gelang ihm durch energische Arbeit die Seuche rasch zu überwinden.

Gerade zu der Zeit hatte Pettenkofer seine Arbeiten über die Verbreitung der Infektionskrankheiten veröffentlicht, und fussend auf diesen Arbeiten und Theorien hatte Lent seine Desinfektionsmassregeln eingerichtet; so trat er zu Pettenkofer in Beziehung.

Im Frühjahr 1867 versammelten Pettenkofer, Griesinger und Wunderlich eine Anzahl Ärzte und Forscher in Weimar, um die bei der Choleraepidemie gesammelten Erfahrungen zu besprechen und diejenigen Punkte zu erörtern, auf welche sich weitere Beobachtungen und sanitätspolizeiliche Massnahmen erstrecken mussten. Auch Lent nahm an dieser Cholerakonferenz teil. Auf Anregung der an der Weimarer Konferenz beteiligten Ärzte aus niederrheini-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

schen Städten traten im Sommer 1867 eine Anzahl Bürgermeister, Ärzte, Baumeister, Chemiker usw. zusammen, um in periodischen Zusammenkünften hygienische Fragen zu besprechen. Aber sehr bald zeigte es sich, dass für solche Erörterungen und besonders für die Anregung und Durchführung hygienischer Massregeln eine ganz zwanglose und freie Organisation nicht ausreiche. So fand denn am 19. Juni 1869 unter dem Vorsitz von Graf die Gründung des Niederrheinischen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege statt. Diesem Verein hat Lent bis zu seinem Tode als ständiger Geschäftsführer seine Arbeit gewidmet. Er war die Seele des Vereins, er leitete ihn, und was der Verein in seinem ersten Aufruf versprach, „durch Wort und Schrift die Sache der öffentlichen Gesundheitspflege zu betreiben, die Resultate der wissenschaftlichen Forschung zu einem Gemeingut immer weiterer Kreise zu machen, den Kommunen einen Mittelpunkt für gleichmässige Aktion abzugeben und schliesslich auf die notwendigen Fortschritte der Gesetzgebung zu dringen", das hat er in einer 40jährigen Tätigkeit unter Lents Führung glänzend wahr gemacht.

Es bleibt ein Hauptverdienst von Lent, dass er schon frühzeitig neben dem Arzt auch den Techniker und den Verwaltungsbeamten für die öffentliche Gesundheitspflege zu interessieren wusste, und dass er so die Hygiene als einen wichtigen Zweig in die Gemeindeverwaltung einführen konnte. So wurde die Hygiene Gemeingut des ganzen Volkes, sie wurde losgelöst aus dem Laboratorium und dem Arbeitszimmer des Forschers und konnte ihre hohe Aufgabe erfüllen, mitzuwirken am Fortschritt der Völker.

In seiner Rede zum Silberjubiläum des Niederrheinischen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege im Jahre 1895 sagte Lent: Ein Paradies von Gesundheit und Wohlleben haben wir nicht geschaffen, das wird auch das nächste Jahrhundert nicht bringen; aber wir haben an der grössten Frage des dem Ende zueilenden Jahrhunderts mitgearbeitet an der sozialen Frage, denn zu dieser gehört die Gesundheitspflege in hervorragender Weise. Sie begründet Gesundheit und Arbeitskraft, Besserung der materiellen und geistigen Lage aller, besonders der ärmeren Volksklassen.

Und nach dem Vorbild des Niederrheinischen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege wurde dann im Jahre 1873 der grosse Deutsche Verein für öffentliche Gesundheitspflege gegründet, und auch hier gehörte Lent mit zu den Gründern.

Als Mitglied und mehrfach als Vorsitzender des Ausschusses hat er auch in diesem Verein eine höchst erspriessliche Tätigkeit entfaltet, die von dem Verein durch seine Ernennung zum Ehrenmitglied anerkannt wurde.

Auch von der Regierung wurden seine Verdienste um die

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

öffentliche Gesundheitspflege durch Ernennung zum ausserordentlichen Mitglied des Kaiserlichen Gesundheitsamtes und zum Mitglied des Reichsgesundheitsrates gewürdigt.

Eine bedeutende schriftstellerische Tätigkeit entfaltete Lent auf dem Gebiete der Hygiene. Unter seiner Redaktion erschien von 1871 bis 1882 das Korrespondenzblatt des Niederrheinischen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege, das er später in Verbindung mit Finkelnburg, dann mit Stübben, Kruse und Reichenbach als Centralblatt für allgemeine Gesundheitspflege fortsetzte. Zahlreiche Arbeiten sind hier von ihm erschienen; besonders zu erwähnen ist der Bericht über die zweite Choleraepidemie in Cöln im Jahre 1867.

So wurde die öffentliche Gesundheitspflege Zweck und Inhalt seines Lebens. Und reicher Segen ist von diesem Leben ausgegangen für unser ganzes deutsches Vaterland und in erster Linie für seine engere Heimat und für die Stadt Cöln. Mit Recht konnte ihn daher beim goldenen Doktorjubiläum im Jahre 1905 der damalige Oberbürgermeister Becker das sanitäre Gewissen der Stadt Cöln nennen.

Seit dem Jahre 1873 gehörte Lent der Cölner Stadtverordnetenversammlung an. In zahlreichen Ausschüssen und Kommissionen widmete er seine Dienste dem öffentlichen Wohl. Er sah die engenden Mauern des alten Cölns fallen und unter seiner tatkräftigen Mitarbeit entstand das neue Gross-Cöln; emsig wirkte er mit an der Lösung der grossen hygienischen Aufgaben und sein bewährter Rat war hier von der grössten Bedeutung.

Und daneben war er noch in zahlreichen gemeinnützigen Vereinen tätig. Die Ferienkolonien, das Wöchnerinnenasyl, die Krippe, das evangelische Krankenhaus, der Verein zur Förderung des naturhistorischen Museums, um nur einige zu nennen, wurden von ihm geleitet oder erfreuten sich seiner werktätigen Mitarbeit.

Immer wieder, trotz seines hohen Alters, übernahm er neue Pflichten und neue Bürden. Und immer und überall war er rastlos tätig, überall setzte er seine ganze Person in den Dienst der Sache, es war schier unbegreiflich, wie er neben seiner ausgedehnten Praxis noch immer Zeit fand für alle diese Aufgaben.

Allen Bestrebungen auf dem Gebiete der Wissenschaft und der Kunst, besonders der von ihm so geliebten Musik, wandte er sein warmherziges Interesse zu. Für alles Schöne und Gute war er begeisterungsfähig, für alles Tüchtige hatte er Verständnis. Sein frisches fast jugendliches Aussehen, sein temperamentvolles Wesen, liessen es ganz vergessen, dass sein Leben schon so weit vorgerückt war: rüsteten wir uns doch schon zur Feier seines achtzigsten Geburtstages. Und so traf uns denn auch die Kunde von seinem raschen Dahinscheiden so ganz unerwartet und überraschend.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:47 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Aber wie im Leben so stand auch im Sterben ein gütiges Geschick ihm zur Seite. Nach einem guten, tatenreichen Leben im Dienste der Mitmenschen ein rasches, schmerzloses Dahinscheiden. Bis zum letzten Augenblick war es ihm vergönnt zu arbeiten. Er war nur wenige Tage krank, und noch am Tage vor seinem Tode hatte er mit seinem Sekretär gearbeitet. Dann nahm ihn am Morgen des 25. April ein schneller Tod sanft von hier fort. Fürwahr ein beneidenswertes Ende.

Ein langes, segensreiches Leben ist zu Ende gegangen, ein Leben voll Mühe und Arbeit im Dienste der Menschheit. Aber es war nicht vergeblich gelebt, denn das Samenkorn, das Lent gesät, es ist auf fruchtbaren Boden gefallen und hat hundertfältige Frucht getragen. Und wenn die öffentliche Gesundheitspflege heute zu einem bedeutsamen Faktor im Leben der Staaten und Städte geworden ist, dann ist das sicher nicht zum kleinsten Teile das Verdienst des Mannes, den wir stolz zu den unseren zählen dürfen und dessen Andenken in unserem Herzen niemals erlöschen wird.

Pröbsting.

Generated on 2019-12-14 17:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA

Die Sterblichkeit in einigen Grossstädten des In- und Auslandes.

Von

Dr. Busch, Frankfurt a. M.

Zu den wichtigsten statistischen Problemen gehört bekanntlich auch die Erforschung der natürlichen Bewegung der grossstädtischen Bevölkerung. Sie ist ausschlaggebend für eine grosse Zahl anderer Bewegungen, zwischen Stadt und Land, städtische Entwicklungsfähigkeit oder Stagnation usw. — Manche Städte zeigen die Fähigkeit, sich aus sich selbst heraus zu erhalten, ohne den Zuzug von aussen, in manchen vermag die natürliche Vermehrung sogar einen Wanderungsverlust noch zu decken, in anderen wiederum sind die Verhältnisse schwankend. Jedenfalls scheint es bedenklich, in allen Fällen von typischen Entwicklungsformen „der Städte" zu gewissen Zeitperioden zu sprechen, ohne die oft sehr verschiedenartige Bedeutung der Entwicklungsrichtung für die eine oder andere Stadt zu würdigen und ohne die verschiedensten Einflüsse in klimatischer Hinsicht, hinsichtlich des Aufbaues der Bevölkerung, Untermischung derselben mit fremden Elementen u. dergl. in Rücksicht zu ziehen. Ganz besonders die Sterbeziffern bilden das Thema für wissenschaftliche Untersuchungen und veranlassen zu Schlüssen von nicht zu unterschätzender Tragweite und es wird meist nicht bedacht, dass zu Zeiten der verschiedenen Beobachtungen die Bevölkerung eine völlig andere gewesen ist. Man zieht Schlüsse auf die Einflüsse der hygienischen Einrichtungen, der Volkswohlfahrtspflege und bedenkt oft nicht, dass die Bevölkerung der Stadt dauernden Veränderungen ihrer Lage unterworfen ist, und dass das begrenzte Beobachtungsgebiet von Gebieten völlig anderer Natur beeinflusst ist.

Eine Reihe von Zahlen aus Grossstädten des In- und Auslandes, welche vom Statistischen Amt in Frankfurt am Main unter freundlicher Mitwirkung der Ämter in den betreffenden Städten gesammelt wurden, sind an dieser Stelle von Interesse. Die Beobachtung erstreckt sich zurück bis zum Jahre 1875, und zur Vergrösserung der Übersichtlichkeit, wie auch zur Ausscheidung einzelner

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Besonderheiten sind Mittelwerte für 5jährige Perioden (zuletzt 4jährig 1906/09) berechnet. Danach ergeben sich für die Periode 1876/80 bzw. für diejenige 1906/09 folgende runde absolute Zahlen der Gestorbenen pro Jahr ohne Einrechnung der Totgeborenen:

Berlin 30400 bzw. 32300, Breslau 7300 bzw. 10300, Cöln 4100 bzw. 8200, Frankfurt am Main 2100 bzw. 5100, Hannover 2300 bzw. 4100, Magdeburg 3800 bzw. 4200, München 6900 bzw. 10000, Dresden 4800 bzw. 8000, Leipzig 3100 bzw. 8000, Stuttgart 2700 bzw. 4200, Hamburg 8900 bzw. 12800, Strassburg 2900 bzw. 3100. — Ferner für einige Städte des Auslandes: Wien 20400 bzw. 34600, Budapest 12000 bzw. 15700, Moskau (einschliesslich des Findelhauses) 21100 bzw. 38400, Warschau 11400 bzw. 15200, Rom 7900 bzw. 8400 (ohne die Sterbefälle Auswärtiger im städt. Krankenhaus, die jährlich 1500 bis 2000 betragen), Mailand 9500 bzw. 11400, Paris 45500 bzw. 48700, Amsterdam 8200 bzw. 7600, Kopenhagen 5900 bzw. 6800, London 82000 bzw. 68800.

Diese Zahlen sind von ausserordentlicher Verschiedenheit und weichen von der jeweiligen Vermehrungsziffer der Bevölkerung völlig ab. — Bei den Städten des Inlandes zeigen etwa eine Verdoppelung der Sterbeziffer oder noch mehr: Cöln, Frankfurt am Main, Hannover, Dresden, Leipzig, andere, wie Breslau, Stuttgart, Hamburg, zeigen eine Erhöhung der Zahl um rund die Hälfte, andere, vor allem Berlin, zeigen eine überraschend kleine Steigerung. — Ähnliche Änderungen herrschen zwischen den Ziffern der Städte des Auslandes, so hat Wien ca. 50% Zunahme, Rom und Paris haben eine geringe Zunahme, Amsterdam und London weisen sogar einen Rückgang auf.

Diese Entwicklung der Zahlen kann auf zwei Hauptursachen zurückzuführen sein, einmal eine Verbesserung der Lebensbedingungen, andererseits eine Strukturveränderung im Bevölkerungsaufbau. — Welcher Teil auf die eine, welcher auf die andere Ursache entfällt, lässt sich schwer beurteilen, ebensowenig ist das Vorherrschen der einen oder der anderen in den voneinander verschiedenen Städten mit Sicherheit zu erkennen.

Noch weiter kommen wir ins unklare, wenn wir die ganzen Beobachtungsreihen auf eine Einheit reduzieren und die „Sterblichkeitsziffer", d. i. die Zahl der Sterbefälle pro 1000 Einwohner, berechnen. Wir bekommen dann, wieder für die gleichen Anfangs- und Endperioden 1876/80 bzw. 1906/09, im Mittel:

Für Berlin 30‰ bzw. 15, Breslau 33 bzw. 21, Cöln 29 bzw. 18, Frankfurt am Main 20 bzw. 14, Hannover 21 bzw. 15, Magdeburg 28 bzw. 17, München 35 bzw. 18, Dresden 25 bzw. 15, Leipzig 25 bzw. 15, Stuttgart 24 bzw. 16, Hamburg 25 bzw. 15,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Strassburg 30 bzw. 18. Sodann für das Ausland: Wien 30 bzw. 17, Budapest 37 bzw. 20, Moskau 33 bzw. 28, Warschau 30 bzw. 20, Rom 28 bzw. 16, Mailand 32 bzw. 20, Paris 24 bzw. 18, Amsterdam 25 bzw. 13, Kopenhagen 24 bzw. 15, London 22 bzw. 14.

Unter Berücksichtigung der für die Städteentwicklung so wichtigen 90er Jahre ergibt sich folgende Tabelle:

	1876/80	1891/95	1896/00	1906/09		1876/80	1891/95	1896/00	1906/09
Berlin	29,7	20,2	19,0	15,4					
Breslau	32,6	27,5	26,2	21,1					
Cöln	29,2	22,8	23,3	18,2	Ausland:				
Frankfurt a. M.	20,1	17,1	16,6	14,5	Wien	30,1	23,3	21,0	16,8
Hannover	20,6	19,1	17,7	14,8	Budapest	36,6	25,6	21,6	19,5
Magdeburg	27,8	22,5	20,8	17,1	Moskau	33,1	29,2	28,7	27,7
München	34,7	25,8	25,1	17,9	Warschau	36,4	20,6	22,2	20,1
Dresden	25,1	19,8	18,8	14,9	Rom	28,2	19,7	17,4	16,4
Leipzig	24,6	21,6	19,4	15,2	Mailand	32,2	25,6	22,0	20,1
Stuttgart	23,5	19,2	19,1	15,7	Paris	24,0	21,2	19,1	17,7
Hamburg	25,2	19,0	17,5	15,0	Amsterdam	25,1	19,2	16,7	13,4
Strassburg	30,2	22,3	21,8	17,8	Kopenhagen	23,7	20,1	17,6	15,4
					London	22,2	19,8	18,5	14,4

Überraschend ist die Gleichartigkeit der Ziffern in den deutschen Städten: 25 bis 30 Ende der 70er Jahre vorherrschend, in der neuesten Zeit 15 bis 18, also ein Rückgang zwischen 40 und 48 %, in einigen Fällen noch mehr. — In den Auslandsstädten sind die Ziffern schwankender, auch von denen der deutschen sehr verschieden, aber auch hier finden wir einen Rückgang, der sich in ähnlichen Prozentzahlen bewegt.

Das Auffallende ist die Abweichung der Bewegung der Promilleziffer von der der absoluten. In Berlin ist sie von 30 auf 15 gesunken, während die absolute Ziffer von 30000 auf 32000 gestiegen ist; in Cöln ist sie ebenfalls erheblich gefallen, von 29 auf 18, aber die absolute Zahl hat sich verdoppelt von 4000 auf 8000. Dabei betrug die Einwohnerzahl Berlins in den 70er Jahren rund 1 Million, z. Z. ist sie rund 2 Millionen, diejenige von Cöln war in den 70er Jahren 140000, z. Z. ist sie gegen 500000 im Mittel der letzten Jahre. So haben wir in Berlin eine Stadt, deren Volksziffer sich in dem genannten Zeitraum verdoppelt hat, in der die Zahl der Gestorbenen ca. 7 % gewachsen ist, bei gleichzeitigem Sinken der relativen Sterbeziffer um 50 %; demgegenüber zeigt Cöln am Ende der Periode eine ca. $3^1/_2$ mal so grosse Bevölkerung als am Anfang, eine Verdoppelung der Zahl der Gestorbenen und einen Rückgang der Promilleziffer um ca. 38 % (von 29,2 auf 18,2).

Nehmen wir als Vergleichsbeispiel von den Auslandsstädten die Stadt Wien, für welche eine ähnliche Promilleziffer wie für Berlin

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

in Frage kommt, 30 ‰ bzw. 17 ‰, so steht dem ein Wachstum der absoluten Ziffer um ca. 75 %, von 20000 auf 35000 gegenüber, während die Zunahme in Berlin sehr gering war.

Wir bemerken also seit Mitte der 70er Jahre einen typischen Rückgang der relativen Sterbeziffer in diesen Städten des In- und Auslandes, der anscheinend mit einer gewissen Gleichartigkeit verläuft und sich absolut und relativ anders verhält als die absolute Zahl der Sterbefälle; über die verschiedenen Einflüsse auf diese Bewegung können wir nur Vermutungen hegen, ein positives Wissen dürfte kaum vorhanden sein.

So sollte man also mit der Einschätzung des einen oder anderen Einflusses mit Vorsicht verfahren, insbesondere auch nicht zuviel auf Rechnung der Hygiene setzen, damit nicht durch die an und für sich anschaulichen und grossartigen Errungenschaften der öffentlichen Gesundheitspflege die Aufmerksamkeit von anderen nicht minder wichtigen Dingen abgelenkt werde.

Es sei hier beiläufig erwähnt, dass eine Untersuchung, ob etwa grössere Eingemeindungen einen besonderen Einfluss auf die beiden Zahlen haben, kein bemerkenswertes Resultat hatte. Je nach dem Altersaufbau der eingemeindeten Bevölkerung im Verhältnis zu dem der alten Stadtbevölkerung wird die Sterbeziffer gesteigert oder relativ herabgedrückt; es lässt sich aber die Beeinflussung nicht immer bewerten, wenn man die mutmassliche Veränderung ohne die Eingemeindung nicht schätzen kann. Beispielsweise hatte Cöln im Jahre 1888 eine Eingemeindung von 85600 Einwohnern, die relative Sterbeziffer war in der Periode 1881/85 = 26,5, in 1886/90 = 25,7, später 1891/95 = 22,8, dann 1896/1900 = 23,3; hier ist vielleicht die Sterbeziffer etwas herabgedrückt worden.

Frankfurt am Main hatte 1895 eine Eingemeindung von rund 21000 Einwohnern und 1900 eine solche von rund 20400, die relative Sterbeziffer verlief: 1886/90 = 18,4, 1891/95 = 17,1, 1896/00 = 16,6, 1901/05 = 15,8; hier scheinen die Eingemeindungen offenbar wenig Einfluss gehabt zu haben, eher haben sie die Verminderung der Ziffer behindert. 1906/09 beträgt diese dann 14,5, sinkt also wieder etwas mehr.

Man darf auch bei vielen Eingemeindungen nicht etwa den Einfluss einer Landbevölkerung erwarten, denn bis es zur Eingemeindung kommt, haben die betreffenden Vororte meist bereits städtischen Charakter angenommen.

Einen wichtigen Faktor hat man zur Vervollständigung des Themas zu untersuchen, die Säuglingssterblichkeit. Die absolute Ziffer der im ersten Lebensjahr gestorbenen Kinder verhält sich in den Beobachtungsstädten sehr verschieden, selbst da, wo eine aus-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gesprochene Richtungstendenz zu beobachten ist, finden sich zeitweilig erhebliche Schwankungen, allen deutschen Städten und einigen des Auslands ist aber ein Sinken der Ziffer in der Periode 1906/9 eigen. Demgegenüber haben wir in allen Städten (Inland und Ausland) ein dauerndes Sinken der auf 100 Lebendgeburten bezogenen Relativziffer. — Hier mögen zunächst einige Zahlen für die absolute Säuglings-Sterblichkeitsziffer folgen:

Berlin: In den 70er Jahren eine Zahl von rund 13000, diese sinkt bis Mitte der 90er Jahre auf rund 12000, dann weiter um die Jahrhundertwende auf rund 10000, in der Periode 1906/09 ist sie 8200.

Breslau: Eine allmähliche Entwicklung von rund 3000 auf 3500 (1875—1905), sodann ein Sinken auf 3000.

Cöln: Eine Steigerung von 1300 auf 3300 (1875—1905), sodann Sinken auf 3000.

Frankfurt am Main: In der gleichen Periode ein Steigen von 500 auf 1400, in der neuesten Zeit ein Sinken auf 1300.

Hannover: Bis zum Beginn der 90er Jahre 800—900 bis zur Jahrhundertwende, alsdann ein Steigen auf 1400, dann Sinken auf 1100 und zuletzt auf 900.

Magdeburg: Schwankende Ziffer, bis zur Jahrhundertwende Steigen auf ein mittleres Maximum von 2000, sodann Sinken auf 1500 und in neuester Zeit auf 1300.

München: Schwanken zwischen 3000 und 4000, Maximum (1896—1900) 4500, in neuester Zeit rund 3000.

Dresden: Allmähliches Steigen von 1800 auf 2700 (1875—1905), sodann (1906/09) 2000.

Leipzig: Steigen von 1000 auf 1400, sodann infolge Eingemeindung (Periode 1891/95) Steigerung auf 3400 (zu dieser Zeit stieg auch die Gesamtsterbeziffer von 4000 auf 8000), in neuester Zeit wieder 2500.

Stuttgart: Durchgängig 1000 bis 1200, kleine Schwankungen ohne besondere Entwicklungstendenz.

Hamburg: Steigen bis gegen die Jahrhundertwende von 4000 auf 4800, sodann allmählicher Rückgang bis 3200 z. Z..

Strassburg: Allmähliches Sinken von 1000 auf 800 mit unerheblichen Schwankungen in der Zwischenzeit.

Wien: Von den 70er Jahren bis gegen Mitte der 90er Jahre durchschnittlich rund 5000, dann plötzliches Steigen auf 10000, hierauf wieder Rückgang bis gegen 8000 in neuester Zeit.

Budapest: Hält sich bis zum Ende des Jahrhunderts im Mittel auf 3900, sodann plötzliches Sinken der Ziffer auf 3300 und 3200.

Moskau (Findelhaus eingerechnet): Allmähliches Steigen von 8000 auf 15500.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Warschau: Bewegt sich dauernd um 4000 mit kleinen Schwankungen.

Rom: Schwankend zwischen 1500 und 2000.

Mailand: Allmähliches Steigen bis zu den 90er Jahren von 1400 bis 2000, sodann Rückgang bis rund 1900; um diese Grösse bewegt sich die Ziffer in den letzten 15 Jahren.

Paris: Allmählicher Rückgang von 9—10000 auf rund 5000.

Amsterdam: Mit geringer Schwankung nach oben (Ende der 80er Jahre) allmählicher Rückgang von 2400 auf 1800, in der letzten Zeit auf 1300.

Kopenhagen: Bis Ende der 80er Jahre Steigerung von 1900 auf 2200, dann Sinken der Ziffer auf 1600 in der neuesten Zeit.

London: 1875—1900 bewegt sich die Ziffer um 20000, geht dann auf 18000 und in neuester Zeit auf 14000 zurück.

Je nachdem nun der Anteil der Zahl der gestorbenen Säuglinge an der Gesamtzahl der Gestorbenen ist, wird die Bewegung dieser durch die Säuglingssterblichkeit beeinflusst, keineswegs aber ist daraus eine gleichartige Bewegungsrichtung zu folgern. Bei fast allen Städten sehen wir die Gesamt-Zahl der Sterbefälle wachsen, was mit Rücksicht auf die Vergrösserung der örtlichen Volksziffer ohne weiteres einleuchtend ist. Eine Steigerung der absoluten Sterbezahl der Säuglinge finden wir dagegen nicht in allen 22 Städten, wie aus den vorstehenden Zahlenangaben ersichtlich ist. Die Prozentziffer, bezogen auf 100 Lebendgeburten, ist dagegen überall im Rückgang, und zwar mit wenigen Ausnahmen in dauerndem Rückgang, ohne Schwankungen nach oben. Hier scheinen nun Eingemeindungen unter Umständen eine Rolle zu spielen, z. B. auch deswegen, weil oft Kinder, die in dem ehemaligen Vorort geboren und notiert wurden, in der erweiterten Stadtgemeinde zu den Gestorbenen gerechnet wurden. Einige Prozentziffern seien hier folgend zusammengestellt:

	1876/80	1890/95	1896/00	1906/09
Berlin	29,9	26,4	24,2	16,6
Breslau	30,8	27,8	26,0	21,2
Cöln	23,9	25,2	24,3	19,5
Frankfurt a. M.	17,6	16,3	15,8	13,5
Hannover	17,8	18,8	19,2	14,0
Magdeburg	26,8	26,1	26,1	20,7
München	37,5	30,3	28,0	19,6
Dresden	23,2	21,2	20,4	15,0
Leipzig	22,4	24,1	23,4	17,9
Stuttgart	27,6	24,1	22,1	16,5
Hamburg	—	22,6	18,2	15,1
Strassburg	26,9	24,0	22,9	17,7

Ausland:	1876/80	1891/95	1896/00	1906/09
Wien	19,9	21,9	19,5	15,7
Budapest	28,6	19,8	17,3	15,2
Moskau	34,4	34,6	35,7	31,8
Warschau	—	16,0	17,2	17,9
Rom	21,9	14,5	11,6	13,5
Mailand	15,0	15,8	14,7	13,2
Paris	—	13,5	12,2	10,3
Amsterdam	21,1	16,8	14,6	9,3
Kopenhagen	21,8	18,6	17,1	13,2
London	15,5	15,6	16,2	11,7

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Auch hier sind wieder die 90er Jahre als besonders interessierend aufgenommen. Welche Ursachen für den plötzlichen Abfall der Ziffer in der letzten Periode vorliegen, lässt sich nicht ermitteln, auch kann die Bedeutung dieser Schwankung erst nach dem Vorliegen der Zahlen am Ende einer weiteren 5jährigen Periode beurteilt werden.

Jedenfalls sehen wir auch hier eine mit bestimmter Richtungstendenz fortschreitende Bewegung, die keineswegs auf einfachen Ursachen beruhen dürfte, vielmehr auf dem Zusammenwirken einer ganzen Reihe von Umständen und das fortwährende Kommen und Gehen in den Grossstädten, der Wechsel im Aufbau der Bevölkerung und in deren Zusammensetzung geben den Zahlen heute eine ganz andere Bedeutung als zu den Zeiten, in denen man diese Statistik zu treiben begann, als man noch mit verhältnismässig gleichartiger Bevölkerung hoffte rechnen zu dürfen. Ist nun für die Gesamtsterbeziffern betont worden, dass sie, für die Beurteilung der Entwicklung der gesundheitlichen Verhältnisse, vorwiegend als Kennzeichen bestimmter Tatsachen aufzufassen sind, keineswegs aber einen Schluss auf die Ursachen zulassen, so muss dies bezüglich der Ziffern für die Säuglingssterblichkeit unterstrichen werden. Wer möchte wohl einer nach dem vorliegenden Material seit den 70er Jahren stetig fortschreitenden Bewegung einige wenige menschliche Massnahmen als bestimmende Ursachen unterstellen? Es ist bereits früher einmal in dieser Zeitschrift (XXIV. Jahrgang, 1905, pg. 333 ff.) darauf hingewiesen worden, dass insbesondere bei der Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit scharf zu unterscheiden ist zwischen demjenigen Teil, dessen Bekämpfung in menschlichen Kräften steht und demjenigen, dessen Ursachen sich unserer Beurteilung entziehen. Die Ergebnisse obiger Untersuchung veranlassen wiederum, auf die Gefahr des Missbrauchs einer Statistik zum Beweis oft wenig haltbarer Behauptungen und zu agitatorischen Zwecken hinzuweisen, auch dann, wenn sie in guter Absicht verwendet wird. Die scheinbare Unwiderlegbarkeit solcher Behauptungen zieht von der wissenschaftlichen Behandlung der Fragen ab, während in Wirklichkeit immer neue Probleme in die Erscheinung treten.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die Milchküche und die allgemeine Krankenküche in der Klinik.

Von

Dr. Wilhelm Sternberg,

Spezialarzt für Zucker- und Verdauungskranke in Berlin.

Mit 1 Tafel und 6 Textfiguren.

Die exakte Physiologie der Ernährung beschränkt die Beurteilung der Nahrung auf zwei Werte. Das sind einmal der physikalische Brennwert und sodann der chemische Nährwert. Zu diesen beiden Faktoren habe ich einen dritten hinzugefügt. Das ist der physiologische Wert des Genusses oder des Geschmacks im weitesten Sinne. Und die Beachtung dieses einen, bisher übersehenen Wertes bedingt vier in der Praxis recht bedeutsame Forderungen.

1. Erstlich erheischt die Zubereitung der menschlichen Nahrung in der Mundküche eine besondere Sorgfalt für Sauberkeit, Reinlichkeit und Appetitlichkeit.

2. Zudem muss die Schmackhaftigkeit der menschlichen Nahrung überhaupt erst durch die Mundküche hergestellt werden, damit die Küche auch mundet.

3. Diese Schmackhaftigkeit muss aber eine durchaus individuelle sein.

4. Diese Bedingungen sind schliesslich auch für die Massenernährung, wie solche im Krankenhaus nötig wird, gleichermassen zu erfüllen, was ich [1]) bereits dargelegt habe. Soll dies der Fall sein, dann muss man bereits beim Bau der Anstalt in Zukunft auf die Küche besondere Rücksicht nehmen. Somit wird den ganzen Bau des Krankenhauses der Zukunft das Kochhaus bestimmen und nicht mehr das Operationshaus, wie bisher.

Als ich vor einigen Jahren diese meine Forderungen aufstellte, hielt man mir den Einwand entgegen, dass sie zu anspruchs-

1) „Die Küche in der modernen Heilanstalt". Stuttgart, F. Enke 1909, S. 15.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

voll und daher in der Praxis unmöglich ausführbar seien. Allein in Wirklichkeit kann man schon jetzt einen merklichen Fortschritt in Bau, Anlage und Einrichtung der Küche beobachten. Am meisten zeigt sich diese Wandlung da, wo man am selben Ort, dicht nebeneinander, ältere Anstalten mit Neubauten zu vergleichen in der Lage ist. Das ist der Fall in den Universitäts-Kliniken in Giessen, deren Anstaltsküchen ich [1]) beschrieben habe. Noch deutlicher tritt der Unterschied in Bau und Anlage der Küchen da entgegen, wo neben einer alten Krankenhausküche für die Allgemeinheit eine moderne Milchküche bloss für die Säuglinge besteht. Denn auf die verhältnismässig einfache Zubereitung dieses einen Nahrungsmittels hat man in der Heilanstalt viel früher und mehr Wert gelegt, als auf die weit kompliziertere Küche aller anderen Lebensmittel für sämtliche Kranken, die das Säuglingsalter bereits überschritten haben. Das beweisen die Arbeiten von Heubner, Wesener [2]), Sieveking [3]), Trumpp [4]) u. a. m. Sowohl das Individualisieren in der Zubereitung der Milchküche wie die peinlichste Sauberkeit bei der Herstellung der Milch, zwei Bedingungen der allgemeinen Krankenküche, werden in der Milchküche auf vorbildliche Weise befolgt.

Den Unterschied in den Massnahmen, die für die Mündung des Mundes und für alle anderen Körperteile des Menschen, etwa für die hintere Darmpforte, erforderlich sind, hat man überhaupt erst auf diesem besonderen Gebiet erkannt. Heubner [5]) war es, der den Nachweis führte, dass für die saubere Ernährung des Säuglings zwei Wärterinnen durchaus nötig seien, eine „Mund"-Pflegerin und die „Exkret"-Besorgerin. Denn anderenfalls ist man nicht imstande, ein konstantes Freiwerden der Finger von Koli-Bakterienkeimen bei den „Mund"-Wärterinnen zu erzielen.

Mustergültig ist die Milchküche, wie ich [6]) bereits hervor-

---

1) Fortschr. d. Med. 1911, Nr. 21, S. 481. „Alte und neue Anstaltsküchen in den Kliniken der Universität Giessen".

2) Prof. Felix Wesener, „Über Säuglingssterblichkeit u. Säuglingsfürsorge mit besonderer Berücksichtigung Aachens. Nach einem am 6. Februar in der Naturw. Ges. zu Aachen geh. Vortrage". 1904. Aachen. Barthsche Buchhdlg. — F. Wesener, „Die Behandlung von Säuglingen in allgemeinen Krankenhäusern". 1906. Wiesbaden, J. F. Bergmann.

3) „Die Säuglings-Milchküchen der Patriotischen Gesellschaft in Hamburg. Dritter Jahresbericht über die Jahre 1907—1909", erstattet von Physikus Dr. Sieveking, mit Beiträgen von Dr. Meyer-Delius und Dr. von Ohten. 1910. Hamburg, C. Boysen.

4) J. Trumpp, „Die Milchküchen-Beratungsstellen im Dienste der Säuglingsfürsorge". Verh. d. Ges. f. Kinderheilkunde. XXIV, S. 151—366.

5) Heubner, „Säuglingsernährung und Säuglingsspitäler." Berlin 1897, S. 56.

6) „Die Küche i. d. modernen Heilanstalt." Stuttg. 1909. F. Enke. S. 29.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gehoben habe, in der Marburger Universitätsklinik. Das ist das Verdienst von Brauer und P. Sittler. Im Mai 1905 für 20—24 (höchstens 26) Säuglinge in Betrieb genommen, ist die Milchküche von Brauer[1]), Paul Sittler[2]) und Zollinger[3]) eingehend beschrieben worden. Bald lieferte die Milchküche nach Art eines diätetischen Ambulatoriums, wie es mir für die Krankenküche vorschwebt, Mischungen aus der Klinik auch nach auswärts für die Stadt.

Zunächst ist die Lage der Küche zu den Krankensälen sehr bemerkenswert; denn sie liegt in unmittelbarer Nähe der Abteilung. Der Säuglingsabteilung (Fig. 1—3), die im ersten Stockwerk untergebracht ist, sowohl wie der im Erdgeschoss liegenden Milchküche stehen je drei Räume und ein Vorraum zur Verfügung. Von den zur Säuglingsabteilung gehörenden Zimmern liegen zwei grössere nebeneinander (Fig. 2), Aufnahme-Zimmer und Krankensaal, ein drittes, kleineres ist durch den als Teeküche dienenden Vorraum von den zwei ersten Zimmern getrennt (Fig. 3). Der Zugang von aussen führt in das Zimmer Nr. 1, von da durch das Zimmer Nr. 2 in die Teeküche und von hier in das dritte Zimmer, das Ammen-Zimmer. Die Teeküche ist durch eine Wendeltreppe mit den Räumlichkeiten der Milchküche verbunden.

Dieser gleichzeitig als Durchgang dienende Raum enthält die notwendigen Koch- und Spüleinrichtungen. Hier werden die aus dem Eisschranke heraufgebrachten Nahrungsgemische zum Genusse angewärmt und auch die häufig gebrauchten Breie gekocht. Die benutzten Geschirre werden ebenfalls hier gereinigt und aufbewahrt.

Eine eiserne Wendeltreppe verbindet diese Teeküche mit dem die Milchküche beherbergenden Kellergeschoss, von dem sie durch eine gläserne Schiebetür abgetrennt ist.

Der Milchküchenbetrieb befindet sich in den Räumen, die unter dem eigentlichen Säuglingsheim gelegen sind (Fig. 2). Bei der Einrichtung der Milchküche war der Gedanke massgebend, nach Möglichkeit auch hier für sogenannten aseptischen Betrieb zu sorgen, d. h. die Vorkehrungen so zu treffen, dass jede Einschleppung von Krankheitskeimen ausgeschlossen ist. Um dies erreichen

---

1) „Säuglingsheim und Milchküchenbetrieb der Königl. Medizinischen Poliklinik der Universität Marburg a. L.“ 1905. Marburg, Buchdruckerei Heinrich Bauer.

2) „Das Säuglingsheim der medizinischen Universitätsklinik zu Marburg während der drei ersten Jahre seines Bestehens, 1905—1908.“ Ztschr. f. soz. Med., Säuglingsfürsorge und Krankenhauswesen. IV. Bd., 1. Heft.

3) Jahrbuch der Schweizerischen Gesellschaft für Schulgesundheitspflege, VII. Jahrg. 1906. Red.: Dr. F. Zollinger. Zürich 1907. S. 363—377: „Säuglingsheim und Milchküchenbetrieb der Kgl. Medizinischen Klinik und Poliklinik der Universität Marburg a. d. Lahn.“

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zu können, hat man die Räume durch Glaswände in nachstehender Weise getrennt.

Man betritt die Milchküche (Fig. 4) und ihre Nebenräume durch zwei Türen von zwei Seiten. Der eine Weg dient dem Personal und der Milchzufuhr; zu seiner einen Seite liegen der Dampfentwicklungsapparat für die Milchküche, die Warmwasserheizung

I. Stockwerk.

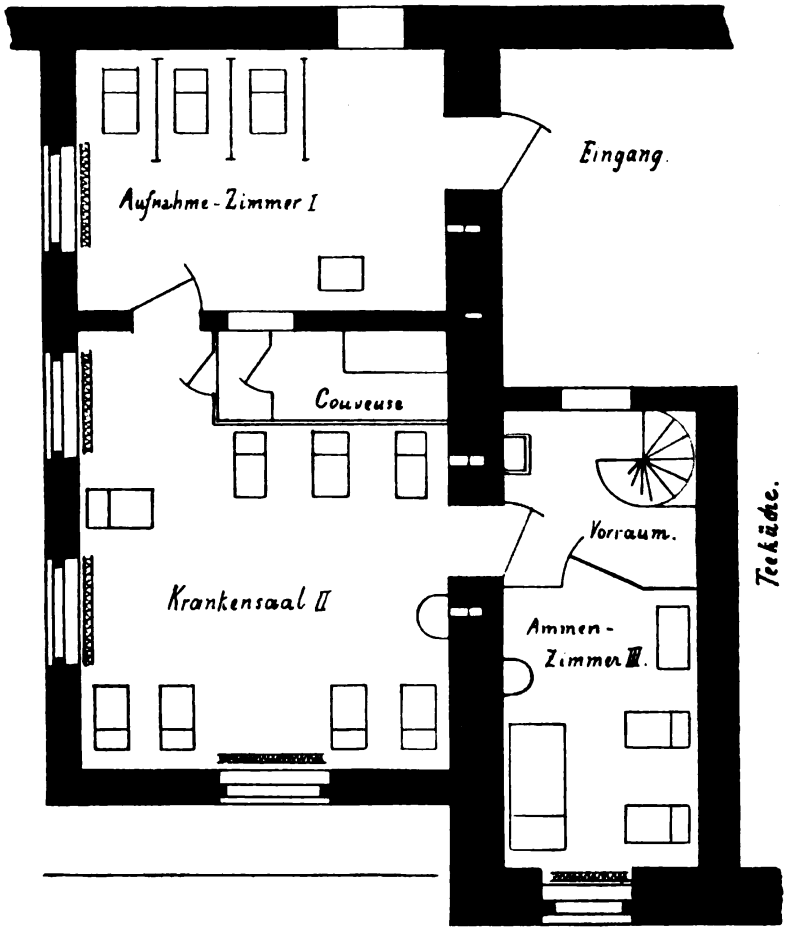


Fig. 1. Grundplan der Säuglings-Abteilung.
Schnitt durch die Säuglings-Abteilung und die Milchküchen-Anlage.

für das Säuglingsheim und getrennt hiervon das Bureau der Vorsteherin, die mit Hilfe mehrerer junger Damen und zweier Dienstmädchen die Arbeit der Milchküche versieht. Dieses Bureau ist durch die Wendeltreppe mit dem Säuglingsheim verbunden. Auf der anderen Seite sind die Eingänge nach der eigentlichen Milchküche. Das Publikum, das die Milchküche besucht, benutzt einen zweiten Zugang. Dieser führt in einen kleinen abgeschlossenen Warteraum, der an jeder Seite ein Schalterfenster trägt.

Generated on 2019-12-14 17:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA

Der eine dieser Schalter geht in den Flaschenspülraum (Fig. 4). Hierher sind die leergetrunkenen Flaschen zurückzuliefern; an dem anderen Schalter findet die Ausgabe der neugefüllten Säuglingsflaschen statt.

Die leeren Flaschen, welche draussen mit Wasser zu füllen und so der Säuglingsmilchküche zurückzuliefern sind, werden in dem Flaschenspülraum, nach Abnahme der Patentverschlüsse, zunächst in einen grossen Tonbehälter mit heisser Sodalösung gebracht. Nachdem auf diese Weise die Milchreste in und an der

Grundplan der Säuglings-Abteilung.

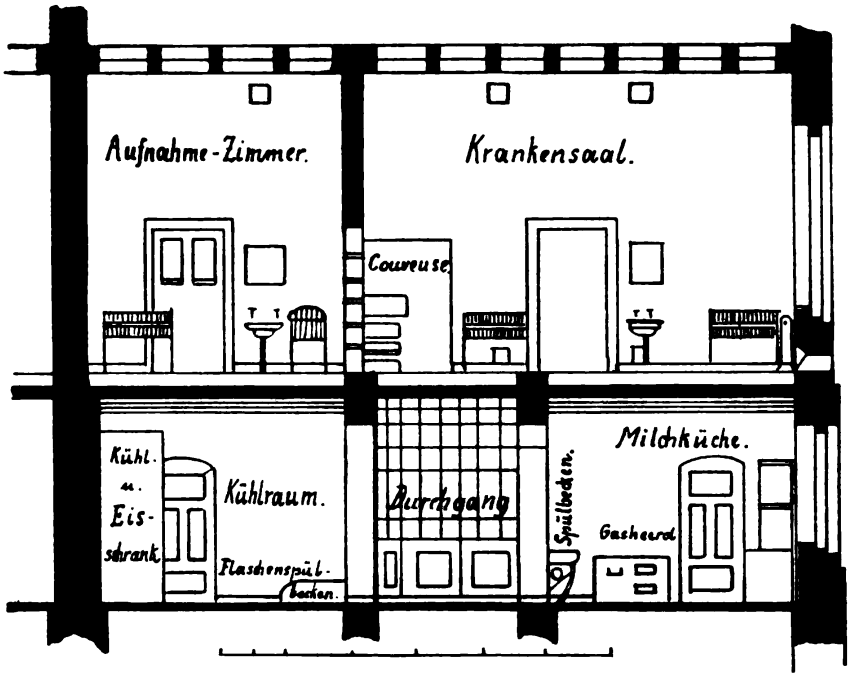


Fig. 2. Längsschnitt durch die Säuglings-Abteilung und die Milchküchen-Anlage.

Flasche zum Aufweichen gelangt sind, werden die Flaschen mit Handbürsten vollständig sauber gereinigt. Die Flaschen werden dann mit den unter Hochdruck stehenden Wasserstrahlen bespült. Eine Vorrichtung, die nebeneinander zehn Düsen über einem das ablaufende Wasser aufnehmenden Gefässe enthält, dient diesem Zwecke.

Nach dem Ausspritzen gelangen die Flaschen in reines Wasser, das durch Dampfzuleitung zum Sieden gebracht wird. Nach einstündigem Kochen wird das Wasser abgelassen, und die Flaschen werden nun mit dem Halse nach unten auf drei grosse in demselben Raume untergebrachte Timpesche Trockengestelle eingesetzt. Anderen Tages stehen der Vorsteherin die gereinigten Flaschen zur Verfügung.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Wenn auch das bisherige Sterilisierungsverfahren der Flaschen im allgemeinen ausreichend ist, so wollte man doch, um eine absolut sichere Sterilisierung zu erzielen, bald zur Trockensterilisierung der Milchflaschen übergehen. Man wollte einen nach Art der in der Bakteriologie gebräuchlichen Apparate konstruierten Trockenschrank bauen, in dem gleich 300 Flaschen auf eine Temperatur von 130 bis 160° erhitzt werden können. Doch ist dieser Plan nicht verwirklicht worden.

In dem neben dem Spülraume gelegenen grösseren Raume,

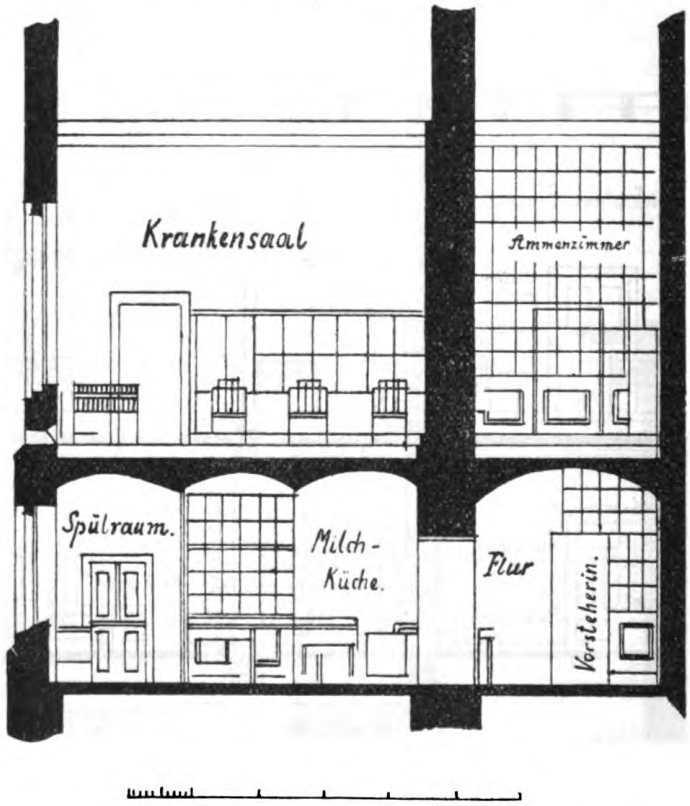


Fig. 3. Querschnitt durch die Säuglings-Abteilung und die Milchküchen-Anlage.

der eigentlichen Milchküche (Fig. 2, 4), werden die einzelnen Milchportionen abgeteilt und die Mischungen hergestellt. Hier befinden sich ein grösserer Gasherd, 2 Arbeitstische, 1 Schrank, der die notwendigsten Vorräte an Zucker, Mehl- und Milchkonserven enthält; eine Wage, eine Reihe von Mess- und Mischgefässen, Kochgeräte vervollständigen die Einrichtung. In diesem Raum wird für jedes Kind der Tagesbedarf der vom Arzt vorgeschriebenen Milchmischung hergestellt und in einzelne Flaschen eingefüllt. Die gefüllten Flaschen kommen in die mit acht Einsätzen versehenen Drahtkörbe, so dass jedes Kind seinen eigenen, mit der Nummer des

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Kindes versehenen Drahtkorb erhält. Die Flaschen werden alsdann mit den mittlerweile gespülten und durch zweimaliges Kochen sterilisierten Patent-Gummiverschlüssen locker bedeckt und gelangen nun in den dritten Raum, den Sterilisierraum. Hier werden sie in einem grossen, mit Dampf angeheizten Wasserbade angewärmt und fünf Minuten lang bei 100° gehalten. Zahlreiche Temperatur-

Erdgeschoss.

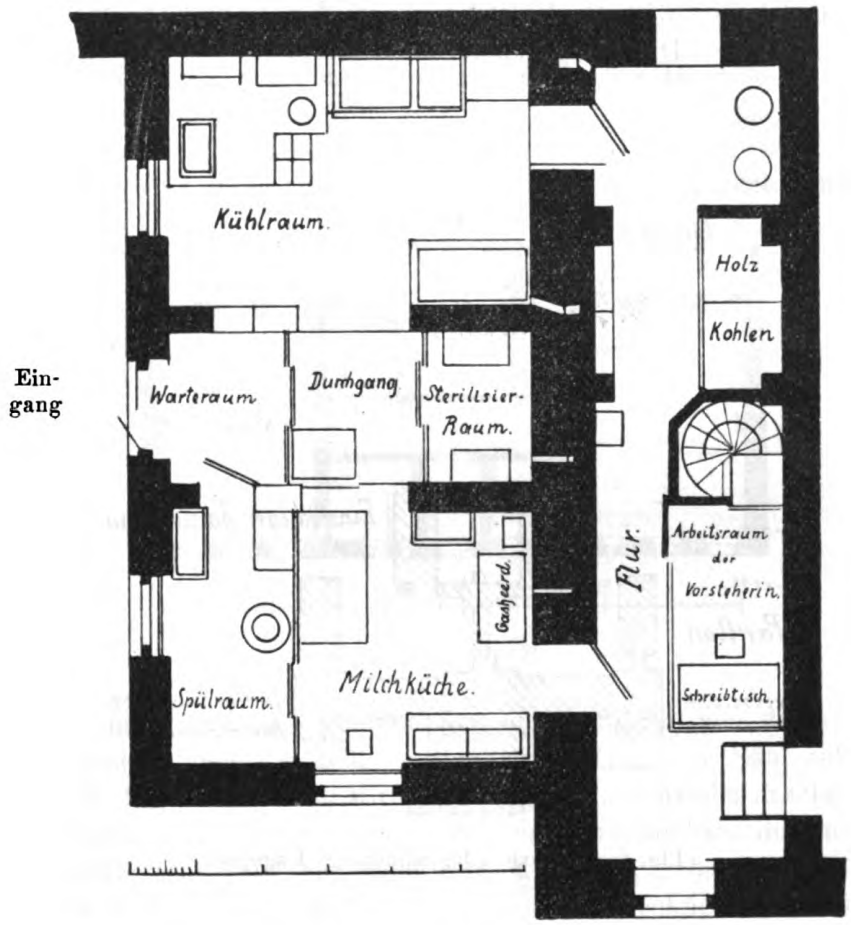


Fig. 4. Grundplan der Milchküche.

messungen haben gezeigt, dass hierbei der Inhalt der Milchflasche mit Beginn des Kochens im Wasserbade eine Temperatur von 96° erreicht. Nach Ablassen des Wassers werden die Flaschen durch Niederdrücken des Patentverschlusses fest verschlossen und kommen nun in ihren Körben in den Kühlraum, wo sie in einem Zementbecken unter einer Helmschen, ganz feinen Regendusche sehr rasch auf eine Temperatur von 10—15° abgekühlt werden.

Es hat von Anfang an das Prinzip geherrscht, im Milch-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

küchenbetrieb ausschliesslich auf Einzelverordnung hinzuarbeiten und jeden Schematismus in der Säuglingsernährung zu vermeiden, mochte derselbe kommen, von welcher Seite er auch wolle.

Die Pflege auf der Säuglingsabteilung lag in den Händen von vier bis fünf Pflegerinnen, Damen aus den besseren Ständen, deren erste als Vorsteherin gegen festes Gehalt angestellt war und schon eine längere Ausbildungszeit absolviert hatte. Die übrigen Pflegerinnen waren als freiwillige Schülerinnen angestellt und erhielten (ebenso wie die Vorsteherin) in der medizinischen Klinik freie Station. Die Pflegeschülerinnen verpflichteten sich auf ein

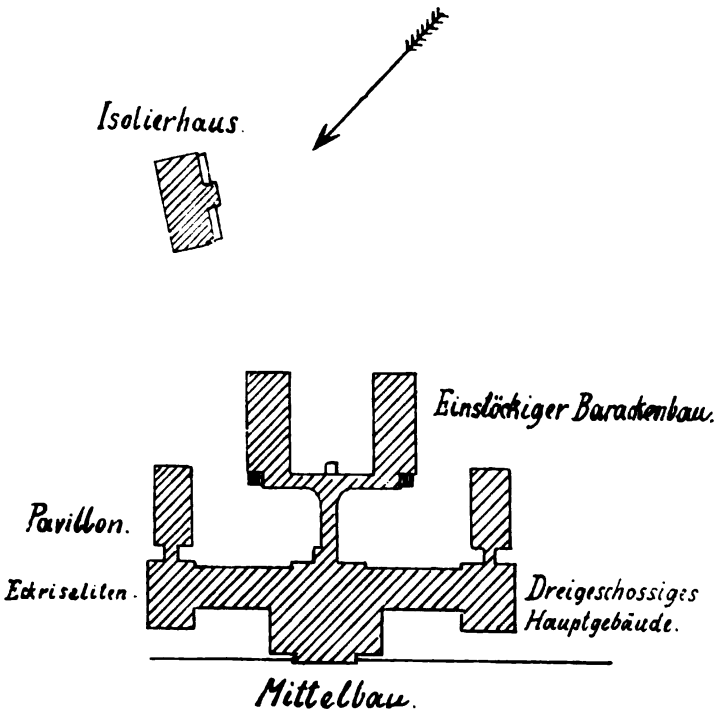


Fig. 5. Medizinische Klinik. — Lageplan.

halbes Jahr oder ein Jahr. Die nur auf ein halbes Jahr auf der Abteilung verbleibenden Schülerinnen entrichteten während der ersten drei Monate ihres Aufenthaltes an der Klinik eine monatliche Entschädigung von je 45 M. an die Kasse der Klinik. Später lag die Pflege auf der Säuglingsabteilung in den Händen von Schwestern. —

Im Gegensatz zu der Milchküche der medizinischen Universitätsklinik, der die Herstellung der Milch für etwa 20 Säuglinge obliegt, genügt die allgemeine Krankenküche dieser Anstalt, die für die fünffache bis achtfache Menge von Kranken in Betracht kommt und ausserdem für die Zubereitung der verschiedensten Lebensmittel, den modernen Anforderungen durchaus nicht mehr.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Schon die Lage der Küche zu den Abteilungen ist eine ungünstige, wenigstens im Vergleich zu demselben Verhältnis in der Lage der Milchküche.

Die medizinische Klinik der Universität ist auf einem 11101 qm grossen Grundstücke in den Jahren 1883 bis 1886 nach den Angaben von Mannkopff[1]) erbaut worden. Das Gebäude zerfällt in fünf Teile (Fig. 5). Diese sind folgende:

A. Ein dreigeschossiges Hauptgebäude, dessen Krankenräume sich jedoch bloss in zwei Stockwerken befinden, im ersten und zweiten, mit

1. einem mächtigen, allseitig vom übrigen Hause sich abhebenden Mittelbau,

2. zwei Eckrisaliten (Eckbauten),

3. zwei durch kleine Verbindungsbauten senkrecht mit der

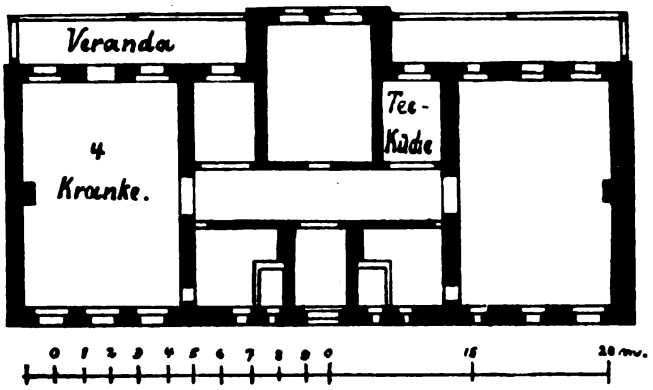


Fig. 6. Isolier-Haus.

Rückfront verbundenen Flügeln, den sog. Pavillons, von denen jeder übereinander zwei, je acht Lagerstätten enthaltende Säle aufweist.

B. 4. Ein sich in der Mittelachse des Hauptgebäudes anschliessender niedriger einstöckiger Anbau, der sog. Barackenbau, der aus zwei gleichfalls senkrecht zur Rückfront des Hauptgebäudes gestellten Baracken mit je 12 Betten und je einer Teeküche besteht und durch lange Korridore mit ihm in Verbindung steht.

5. Ein in möglichst grosser Entfernung vom Hauptbau errichtetes Isolierhaus (Fig. 6), mit zwei Zimmern zu je vier Betten, jetzt mit drei getrennten Abteilungen und mit drei Teeküchen, einer Teeküche im Mittelbau und je einer in den zwei Seitenbauten.

Das Hauptgebäude hat in jedem der zwei für Krankenräume bestimmten Stockwerke je vier Teeküchen, also zusammen acht,

1) „Die Entwickelung der medizinischen Klinik der Universität Marburg". Klin. Jahrb. 1889, I. Bd., S. 142. — „Die neue medizinische Klinik für die Universität Marburg", ebenda S. 251.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der Barackenbau hat zwei Teeküchen, das Isolierhaus drei, so dass insgesamt nicht weniger als 13 Teeküchen gebaut sind.

Das Hauptgebäude, das mit seinen Anbauten für 100—108 (zur Not 165) Krankenbetten bestimmt ist, enthält in dem über dem Erdboden gelegenen Untergeschoss die Wohnungen für die Beamten sowie die Wirtschafts- und Vorratsräume. In diesem Erdgeschoss schliessen sich die für je zwölf Kranke berechneten beiden Barackensäle mit den zugehörigen zwei Teeküchen, Aborten, Bädern u. a. m. an.

Der Transport der Speisen wird nach den verschiedenen Stockwerken durch Aufzüge von Hopmann in Ehrenfeld bei Cöln vermittelt.

In der Kochküche selber haben ein Herd mit verstellbaren Rosten und Bratofen sowie Warmwasserkessel und ein besonderer Bouillonkochherd Aufstellung gefunden.

Auf diese Beschreibung beschränkt sich der Bericht. Der Geheime Baurat und vortragende Rat im Ministerium der öffentlichen Arbeiten Lorenz[1]) fügt in seiner nach amtlichen Berichten bearbeiteten Abhandlung: „Über zweckmässige Einrichtungen von Kliniken“ noch folgendes hinzu: „Als Muster für kleinere Kochküchen mit direkter Feuerung können die für die medizinische Klinik der Universität Marburg (etwa 100 Betten) von Liebau in Magdeburg getroffenen Einrichtungen dienen. Der mit einem grossen Bratofen verbundene Kochherd ist dort mit Schüttfeuerung versehen und dient neben der Bereitung von Speisen gleichzeitig zur Bereitung des in den Teeküchen, Bädern usw. erforderlichen warmen Wassers, welches vom Herde nach einem im Dachboden aufgestellten Behälter aufsteigt und von dort nach den einzelnen Gebrauchsstellen fliesst.“

Allein für die wahre Würdigung und für das richtige Verständnis der Krankenhausküche ist erstlich die minutiöseste und eingehendste Beschreibung der Einrichtungen von Haupt- und Nebenräumen erforderlich, gewissermassen die Anatomie, ferner aber auch der eigentliche Betrieb, gewissermassen die Physiologie der Anstaltsküche. Schreibt doch auch die Apothekerordnung genau einmal die Einrichtung der Apotheke vor und sodann den Betrieb.

Die eigentliche Krankenküche für die Marburger Universitätsklinik wird in der einen Hauptküche hergestellt. In ihrer nächsten Nähe (Fig. 7) liegen zwei weitere Kochküchen. Das sind aber die Familienküchen für den gesunden Pförtner und für den gesunden Inspektor.

Diese Familienküchen sind, wie ich[2]) hervorgehoben habe,

1) Klinisches Jahrbuch, 3. Bd. 1891, S. 198.

2) „Die Küche im Krankenhaus“, 1908. Stuttgart, F. Enke. S. 63.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

oftmals in einem einzigen und zudem nicht einmal umfangreichen Krankenhaus recht zahlreich. Im Charlottenburger Krankenhaus Westend haben sechs Beamte ihre eigenen Kochküchen, in einem besonderen Beamtenhaus, das in unmittelbarster Nähe vom Kochhaus liegt, befinden sich weitere Beamtenwohnungen mit den besonderen Familienküchen. Das ist einer der vielen Fehler von Schmieden und Boethke im Bau von Anstaltsküchen. Das städtische Krankenhaus am Friedrichshain hat sogar acht Familienküchen. Eben so viele Privatküchen besitzt das neue Krankenhaus in Schöneberg. Darum habe ich[1]) die Massnahme empfohlen, nach dem Vorbild der gewerblichen Sachkundigen all die dezentralisierten Küchen der Gesunden für die in der Heilanstalt doch in erster Reihe in Betracht kommenden Kranken nutzbar zu machen, und zwar in einer Weise, wie sie im Betrieb der Industriellen längst üblich ist, nämlich so, dass die den Wirten oder den Besitzern entsprechenden gesunden Angestellten in der modernen Heilanstalt aus einer der vielen Zentralküchen mitbeköstigt werden. Die Direktoren der grossen Hotels in der ganzen Welt beziehen ihre Küche für ihre gesamte Familie aus der Hotelküche, auch wenn die Privatwohnung sogar über die Strasse hinweg gelegen ist. Geht doch die moderne Richtung der Erbauung von Einküchenhäusern darauf aus, für sämtliche Bewohner des Gebäudes eine einzige Zentralküche zu schaffen.

An Inventarien enthält die eigentliche Anstaltsküche in Marburg nur die gewöhnlichen und unbedingt nötigsten Apparate.

Die Nebenräume schliessen sich, wie gewöhnlich, unmittelbar an den Hauptraum der Kochküche an. So bequem diese Anordnung den Betrieb auch macht, so ist die nahe Lage der Nebenräume keineswegs etwa unbedingt erforderlich. Lässt ja auch die Apotheker-Betriebsordnung eine weitere Entfernung der Nebenräume von der eigentlichen Apotheke oder Offizin zu. Ebenso ermöglicht im Gewerbe der Hotels die weitere Entfernung der Nebenräume vom Hauptraum der Kochküche einen flotten Verkehr. Unmittelbar neben der Kochküche befindet sich hier rechts die Spülküche, und auf der anderen Seite links in dem für die Speisekammer vorgesehenen Raum die sogenannte „Diätküche“ (Fig. 7). Ein schmaler Raum zwischen dieser nominellen „Diätküche“ und der Hauptküche, der für das Geschirr vorgesehen ist, enthält den Fahrstuhl und die ungemein kleine Ausgabe nach dem Korridor. Der Speisenaufzug ist ausserordentlich klein: innen 80 cm lang, 80 cm breit und 45 cm tief, ist er durch ein 2 cm starkes Brett in eine obere und untere Abteilung geteilt; das Maximum seiner Tragfähigkeit beträgt bloss 30 kg. Die-

1) „Die Küche in der modernen Heilanstalt“, 1909. Stuttgart. S. 38.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ser Speisenaufzug befördert die Küche in die Krankenräume des Längsbaues mit seinen beiden Pavillonbauten. Für die beiden Baracken hingegen sowie für das Isolierhaus wird die Küche durch das Personal befördert. Und dieser Transport ist für beide Arten des Betriebes recht weit, sehr umständlich und nimmt verhältnismässig viel Zeit in Anspruch.

Was zunächst den Betrieb der Expedition von der Küche zu den Teeküchen der Baracken und des Isolierhauses angeht, so wird dieser Transport dadurch erschwert, dass er zweimal unterbrochen wird. Denn der Weg führt erst zwölf Stufen herauf und später sechs Stufen herunter. Auch wenn man den Weg über den Hof zu den Baracken von der Küche wählt, muss man doch sechs Stufen hinaufsteigen. Diese Angabe mag möglicherweise den Eindruck des Nebensächlichen, Übertriebenen und Theoretischen machen. Allein in Wirklichkeit ist sie doch durchaus nicht unwichtig. Hat man sich doch entschlossen, im städtischen Krankenhaus in Frankfurt a. M. bloss für die gesunden Ärzte zum Ärztekasino einen Lufttransport für grosse Unkosten (3300 M.!) zu bauen, um den Missständen zu entgehen, die sich schon aus der minimalen Entfernung von 15 m (!) von der Küche zum Ärztekasino ergeben hatten. Dieser Transport, den ich [1]) beschrieben habe, ist dem Schwibbogen ähnlich, den manche Redaktionen zum schnellen Transport von Schriften in die Druckerei führen, oder dem Schwibbogen, den zur Beschleunigung des Verkehrs die Deutsche Bank in Berlin über die Strasse hinweg vor zwei Jahren gebaut hat von Französischer Strasse Nr. 66/67 zur Französischen Strasse Nr. 1.

Was die Expedition in die Hauptsäle anlangt, so ist sie noch verwickelter. Dieser Transport erfolgt nämlich mittels des Fahrstuhls bloss in die eine einzige von den vier Teeküchen, über die eine jede Etage verfügt (Fig. 8). Von hier wird die Küche in die übrigen Teeküchen getragen und dann erst zu den Krankenräumen. Diese eigentümliche und beschwerliche Art des Transportes ist fast überall, z. B. in Halle, Breslau, auch in neuen Krankenhäusern nötig. So befinden sich im Hauptgebäude der Universitäts-Augenklinik in Giessen vier Teeküchen. Aber nur zwei sind in allernächster Nähe des Speisenaufzuges. Daher müssen in die beiden anderen, im entgegengesetzten Flügel gelegenen Küchen die Speisen mittelst zweier Korridor-Speisewagen vom Speisenaufzug aus gefahren werden.

Zudem ist aber die Lage der einzelnen Teeküchen in der Marburger Klinik eine recht ungünstige (Fig. 8). Ich [2]) habe

---

1) „Der Transport der Küche im Krankenhaus". Hygienische Rundschau 1911, Nr. 11, S. 601—603.

2) „Die Küche in der modernen Heilanstalt". Stuttgart 1909. S. 43.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

bereits darauf hingewiesen, dass die übrigen drei Teeküchen jeder Etage, die keine Fahrstuhlverbindung mit der Küche haben, ausserordentlich weit von dem überraschend kleinen Speisenaufzug entfernt sind. Überhaupt ist die Lage der Teeküchen gewöhnlich keine glückliche. Das Friebe-Agathhaus im Krankenhaus zu Allerheiligen in Breslau hat die Küchen gleichfalls weit entfernt vom Fahrstuhl und auch weit entfernt vom Speisesaal. Lenhartz[1]) beklagt diese Übelstände mit Recht: „Ein Missstand vieler moderner Krankenhäuser ist in der mangelhaften Anlage der Tee- und Aufwaschküchen zu erblicken. Es ist kaum ein Haus vorhanden, das hier nicht zu gerechten Klagen Anlass geben könnte, vor allem darf ich das aus Eppendorf melden. Die Architekten haben diese Räume offenbar als Quantité négligeable betrachtet, und das ist ein Fehler. Hier muss in Zukunft Wandel geschaffen werden.“ Ruppel[2]) stellt freilich selber bei der nämlichen Gelegenheit die Teeküchen als Nebenräume hin und vereint sie mit Wasch- und Badezimmern, Klosetts u. a. m. Ruppels Irrtümer bezüglich des Baues von Anstaltsküchen habe ich[3]) eingehend erörtert. Auch Lorenz[4]) meint noch: „Für die Teeküchen genügen Räume mit bescheidenen Abmessungen.“ Ich meinerseits halte aber die Teeküchen durchaus nicht für Nebenräume, für die bescheidene Abmessungen genügten. Und meine Forderung wird neuerdings von Velden[5]) und Deneke[6]) lebhaft und energisch unterstützt, wie ich[7]) hervorgehoben habe. Der gewerbliche Betrieb verfügt über eine geräumige „Küchenoffice“-Anrichte neben der Kochküche und über eine geräumige „Kellneroffice“-Anrichte in den Etagen. Das klassische Gemälde: „Ein Anrichtezimmer um die Mitte des 16. Jahrhunderts“ („Die Hochzeit zu Kana“), von Ludger tom Ring de J.[8]) im Berliner Kaiser Friedrichs-Museum zeigt deutlich, wie sehr man früher die Anrichte gewürdigt hat.

Von der Marburger sogenannten „Diätküche“ berichtet Neisser[9]), dass sie einen Gasherd enthält. Aber der Herd bildet nicht die

1) Deutsche Vierteljahresschr. f. öff. Gesundheitspflege, 1908, Bd. XL, Heft 1, S. 127.

2) Dtsch. Vierteljahrsschr. f. öff. Gesundheitspflege, 1908, Heft 1, S. 178.

3) „Stadt-Hygiene und Krankenhaus-Bau“. Archiv f. Stadthygiene 1911, Heft 3.

4) Klinisches Jahrbuch, 3. Bd. 1891, S. 205.

5) Ztschr. f. Krankenanstalten, 1909, Heft 18, S. 7. „Die Krankenbeköstigung vom Standpunkte des Arztes“.

6) „Kostspielige und wohlfeile Krankenhäuser“. Hygien. Rundschau, 1909, Nr. 22.

7) „Die Teeküche im Krankenhaus“. Die Heilanstalt 1910, S. 146.

8) „Die Küche in der klassischen Malerei“. Stuttgart, F. Enke. 1910, S. 99, Figur 26.

9) Breslauer Statistik, Bd. XXX, Heft 1.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Hauptsache der Diätküche oder auch nur der gewöhnlichen Küche. Ferner hebt Neisser hervor, dass die „Diatküche“ eigenes Geschirr, eigene Spülvorrichtung, eigene Wage und eigenen Schrank enthält. All das sind die unbedeutendsten Nebensächlichkeiten der wahren Diätküche oder auch schon der Küche. Das aber, was das Wesen der eigentlichen Diätküche ausmacht, dessen Fehlen Neisser nicht aufgefallen ist, das habe ich schon bei meiner erstmaligen Besichtigung dieser „Diätküche“, zu der mich Brauer nach Marburg Ende 1909 rief, ganz vermisst und ausführlich besprochen. Es mangelt hier ebenso wie in der sog. Hallenser „Diätküche“ von Ad. Schmidt gänzlich an den Zerkleinerungsapparaten der Technik, die der Zivilingenieur Carl Naske [1]) in einer eigenen Monographie: „Zerkleinerungs-Vorrichtungen und Mahlanlagen“ (Chemische Technologie in Einzeldarstellungen. Allgemeine chemische Technologie von Prof. Ferd. Fischer, Göttingen) jüngst zusammengefasst hat. Die unbedingt erforderlichen Inventarien der Diätküche habe ich wiederholt beschrieben. In einer besonderen Arbeit soll die Diätküche eingehend erörtert werden, zumal da auch Strassner [2]) und Ad. Schmidt [3]) den wesentlichsten Bestandteil und die hauptsächlichsten Erfordernisse der Diätküche immer noch vollkommen verkennen. Strassner und Ad. Schmidt hatten mich in Berlin persönlich aufgesucht, um meinen Rat in Anspruch zu nehmen.

Was den Betrieb der „Diätküche“ angeht, so hat Brauer eine Pastorstochter mit einem Gehalt von 40 bis 70 M. zu ihrer Leitung angestellt, später eine Krankenschwester. Deren Aufgabe sollte es sein, die Arbeit der gewöhnlichen Köchin, die man dafür „Diätköchin“ nannte, zu überwachen, alles genau quantitativ abzuwägen und die Kalorien rechnerisch festzustellen. Das ist eine Rechenaufgabe, ein Rechenexempel. Tatsächlich hat aber die Diätküche und schon die gewöhnliche Küche, wie ich wiederholt hervorgehoben habe, mehr noch als auf den quantitativen Faktor der Theorie auf die qualitativen Momente in der Praxis zu achten.

Dank ihrer mechanischen Tätigkeit wurde die erste Diätköchin von Brauer [4]) unter der Bezeichnung „theoretische Köchin“ geführt. Ich [5]) habe mich gegen diese Verwendung einer „theoretischen

1) „Backenquetschen, Kauwerkzeuge“. Otto Spamer, Leipzig 1911.

2) „Die Diätküche in der Medizinischen Klinik zu Halle a. S.“ Ztschr. f. physik. u. diät. Therap. 1911, S. 193—222.

3) „Diätetische Küche u. künstliche Nährpräparate. (Wissenschaftliche Grundlagen, Indikationen, praktische Durchführung.)“ Fortschritte d. Dtsch. Klinik. 1911. II. Bd., S. 293—324; vgl. 304—312. — „Die Ernährungsfrage in den Kliniken“. Verein Hallescher Ärzte. 4. Mai 1911. — „Die Küchenfrage in Kliniken u. Krankenhäusern“. Med. Klinik. 11. Juni 1911, Nr. 24, S. 917—919.

4) Münch. med. Wochenschr. 1908, Nr. 10, S. 534.

5) „Die Küche in der klassischen Malerei“. Stuttgart 1910. S. 76.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Köchin“ bereits ausgesprochen. Eine „theoretische Köchin“ ist nichts weiter als etwa eine theoretische Hebamme, ein theoretischer Heilgehilfe, ein theoretischer Assistent, ein theoretischer praktischer Arzt, ein theoretischer Chirurg. Und dass ich nicht unrecht gehabt habe, das lehrt die Erfahrung. Schon nach kurzer Zeit hat man die „theoretische Köchin“ entlassen. Emil Neisser[1]) äussert sich folgendermassen:

„Für meine obige Bemerkung, dass neuere Erfahrungen auf dem so aktuellen Gebiet der Diätbehandlung in Krankenhäusern zu Veränderungen und Verbesserungen der Einrichtungen und Vorschläge sehr bald führen könnten, kann ich bereits einen Beleg anführen. Wie ich nämlich der unlängst von Schall und Heisler, den früheren Assistenten der Marburger Klinik, publizierten Abhandlung: „Die Praxis der Ernährungstherapie der Zuckerkrankheit“ (Würzburg 1910) entnehme, scheint sich in Marburg die „theoretische Köchin“, d. i. die von Brauer geforderte, „gebildete, praktisch und theoretisch in der Kochkunst erfahrene Frau“ (vergl. S. 84 des Berichts) im Laufe der Zeit, d. h. nach meinem Aufenthalt daselbst nicht sonderlich bewährt zu haben. Mögen nun vielleicht auch bei den Marburger Personalverhältnissen besonders unglückselige Umstände sich gehäuft haben, so erscheint doch gerade auf Grund der dortigen praktischen Erfahrungen das Fallenlassen des Postulats der „Bildung“ und das an sich schon einleuchtende, jetzt aber mit besonderem Nachdruck erfolgte Hervorkehren der Wichtigkeit der praktischen Ausbildung und des wirklichen Verständnisses für die Kochkunst bemerkenswert; sonst werden theoretisch auf dem Kostzettel die unmöglichsten Speisen zusammengerechnet, nur um die gerade vom Arzt geforderte Eiweiss-, Fett-, Kohlehydrat- und Kalorienzahl zu erzielen. Schall und Heisler unterstützen Sternbergs Ruf nach dem Küchenfachmann fürs Krankenhaus, von seiner Kunst und Materialkenntnis erhoffen sie viel oder alles für die so nötige Abwechslung der Speisefolge, von ihm insbesondere auch eine vollendete Technik der Zubereitung so kleiner Speisemengen, wie sie dem Diabetiker meist verordnet werden und worin eine Hauptschwierigkeit liegt. Paaren sich mit hohem fachlichen Können höchstes Pflichtbewusstsein, Verantwortlichkeitsgefühl und Verständnis für die ärztlichen Vorschriften, dann wird, wie ich rückhaltlos zugebe, mein oben (S. 80) geäussertes Bedenken gegen erstklassige männliche Fachleute hinfällig, andererseits ist die Befähigung für eine leitende Stellung in der Küche bzw. Diätküche

1) Reisebericht von Sekundärarzt Dr. med. Emil Neisser (Kr.-A. innere Abt.) auf Grund des Friedländerschen Stipendiums für 1909. „Die Durchführung moderner Diätkuren im Rahmen grosser Krankenhäuser“, Breslauer Statistik. S. 20/21.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wohl nicht so sehr eine Frage des Geschlechts, was Sternberg immer wieder hervorhebt, als vielmehr der Person, und eine Frau mit guter Ausbildung und Intelligenz sowie den anderen nötigen Qualitäten wird einen solchen Posten wohl auch ausfüllen können.

Nicht bloss die theoretische Köchin haben Schall und Heisler über Bord geworfen, sondern auch die von Brauer geforderte Institution der eigenen Stoffwechselabteilung. Es soll jeder innere Arzt mit der Behandlung des Diabetes vertraut sein und weiterer Spezialisierung nicht noch Vorschub geleistet werden. Dieser Gesichtspunkt ist durchaus richtig; allerdings muss ein Aufsichtsarzt vorhanden sein, bei dem alle Fäden zusammenlaufen.

Ich erwähnte ferner unter Marburg das dort übliche Zurückwiegen der Speisen. Dazu ist es, wie ich im Anschluss an Schall und Heislers Arbeit ergänzend bemerke, durchaus notwendig, dass niemals Fleisch und Gemüse und Beilagen auf einer Platte, auf einer Schüssel gereicht werden. Geschieht dies, so sind die Resultate nicht einwandfrei, und nicht minder wichtig ist die Einbusse an Wohlgeschmack, die Sternberg hervorhebt.“ —

Will man in Marburg die Krankenküche, der mustergültigen Milchküche entsprechend, zeitgemäss gestalten, dann muss man meine mehrfach geforderten Reformen anerkennen und verwirklichen. Erstlich muss man die Hauptküche für die grosse Zahl der Kranken dezentralisieren, wenn man nicht im Zentrum des ganzen Geländes eine grosse Hauptküche anlegen will. Mehrere nebeneinander bestehende koordinierte Küchen müssen andernfalls im Souterrain eingerichtet werden mit zugehörigen Aufzügen. So könnte unmittelbar unter jeder grösseren Abteilung die Küche liegen. Diese Anordnung der dezentralisierten Küchen hat Kempinski im Dachgeschoss geschaffen, so dass jeder Speisesaal seine Kochküche besitzt. Kempinski hat, wie ich [1]) hervorgehoben habe, eine ganze Etage, eine Fläche von 2000 qm, von der Leipziger Strasse bis zur Krausen Strasse, allein für die Küche zur Verfügung gestellt. Wenn diese Forderung als zu weitgehend zurückgewiesen werden sollte, dann könnten wenigstens die verschiedenen, schon jetzt bestehenden dezentralisierten Küchen der Gesunden für die Krankenküche zur Verwendung gestellt werden. Beherbergt doch die Marburger Klinik nicht weniger als zwei Familienküchen, vier Teeküchen in jeder Etage, drei Teeküchen im Isolierhaus neben der einen Milchküche, der einen sogenannten „Diätküche“ und neben der einen Hauptküche, so dass in der einen kleinen Anstalt für nicht mehr als 120 Kranke doch 18 Küchen in Betrieb sind!

Diese Dezentralisation ist eine Forderung, die ich allgemein

---

1) Hygienische Rundschau, 1909 Nr. 12, S. 748—749, Fig. 1.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

als erste für alle grösseren Anstalten systematisch aufstelle. Denn auch für das Krankenhaus in Westend, dessen Terrain zehnmal so gross ist wie das in Marburg (110000 = 10×11000 qm), haben die Baumeister Schmieden und Boethke nur eine einzige Krankenküche gebaut. Denselben Fehler haben Schmieden und Boethke[1]) jüngst in Essen a. R. wiederholt; gleichermassen beobachtet man dies in anderen Krankenhäusern, deren Gelände noch ausgedehnter ist. Ich[2]) habe dies bereits ausgeführt, von der Charité mit 134, vom Rudolf Virchow-Krankenhaus und dem Eppendorfer mit 257, vom Strassburger mit 280 ($29^1/_2$ ha), vom Wiener mit 1500 (10000 qm), von Süchteln mit 136· 18· 76 (34 ha).

Zum mindesten muss die Ausgabe, der Hauptteil der ganzen Krankenküche, der der Offizin der Apotheke entspricht, dezentralisiert werden und möglichst geräumig bemessen sein. Zudem muss jeder Fahrstuhl eine zweckentsprechende Grösse besitzen. Zur Erleichterung des Verkehrs müssen sämtliche Stufen in Fortfall kommen und durch Rampen ersetzt werden, wie dies in manchen Krankenhäusern, nach meinem Vorschlag, z. B. in Stettin, bereits geschehen ist. Zur Erleichterung der Reformierung könnten alle Nebenräume, z. B. die Spülküchen, entfernter von der Kochküche untergebracht werden, wie dies im gewerblichen Betrieb der Apotheken häufig der Fall ist.

Erst mit diesen prinzipiellen Änderungen kann die allgemeine Krankenküche die bereits erreichten Fortschritte der modernen Milchküche einholen und mit den Errungenschaften der neuzeitlichen Milchküche im Krankenhaus wetteifern. Dann wird sich auch der Grund offenbaren für den merkwürdigen Entwicklungsgang, den die Förderung der Küche dadurch genommen hat, dass sie gerade bloss ein einziges Nahrungsmittel, die Milch, gerade bloss für einen einzigen und überdies recht begrenzten Lebensabschnitt, den des Säuglingsalters, zuerst bevorzugt hat. Einmal beschränkt sich nämlich die moderne Ernährungslehre immer noch bloss auf die sanitären Momente der Hygiene. Dabei vernachlässigt sie die rationelle Ernährung des Menschen, wie sie erst durch die Küche erreicht wird. Daher kommt es, dass auch die administrativen Leitungen der Krankenhäuser mehr die hygienischen Grundsätze in den Vordergrund rücken. Zwar hat sich jüngst erst, wie ich[3]) ausgeführt habe, das „Deutsche Nationalkomitee für den zweiten Internationalen Kongress für Nahrungshygiene und rationelle Ernährung

---

1) „Die Neubauten der Allgemeinen Städtischen Krankenanstalten zu Essen“ von Grober, Med. Klinik 1910, Nr. 7, S. 5 u. 6.

2) „Die Küche in der modernen Heilanstalt“. Stuttgart 1909. S. 33.

3) „Die Uebertreibungen der Abstinenz“. Würzburg 1911. 2. Aufl. S. 90.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

des Menschen in Brüssel" gebildet. Allein in der angewandten Diätetik bleiben doch die eigentlichen Fragen der rationellen Ernährung des Menschen und der menschlichen Nahrung zurückgedrängt. Unter den Nahrungsmitteln, die die Hygiene behandelt, ist es wiederum neben dem Fleisch gerade bloss die Milch, die besonders bevorzugt wird. Bekannt ist die Wichtigkeit der Arbeiten aus der Veterinärmedizin über die Hygiene der Milch. Zeugnis hiervon legen ab die Zeitschrift für Fleisch- und Milchhygiene von Ostertag [1]) sowie das Handbuch der Milchkunde von Sommerfeld [2]).

Zudem sind die Unterschiede der beiden Küchen, der Milchküche und der Krankenküche, grundsätzliche. Das zeigt sich schon auf dem Gebiet der Sauberkeit. Denn die Milchküche bedenkt doch auch für die Sauberkeit bloss die bakteriologischen Grundsätze der sanitären Hygiene. Daher achtet die Milchküche besonders auf die Asepsis und verfügt über eine Sterilisierküche wie das Operationshaus. Für die Sauberkeit der allgemeinen Krankenküche aber kommt noch ein ganz anderer Faktor in Frage, wie ich [3]) wiederholt nachgewiesen habe. Die allgemeine Krankenküche bedarf keiner Asepsis und keiner Sterilisierküche. Sie ist dafür aber auf eine einzigartige Besonderheit in der Reinlichkeit angewiesen. Dieser Faktor ist das ästhetisch-psychische Moment der Appetitlichkeit, das ich im Gegensatz zur Diätetik der Seele, wie Feuchtersleben sein Werk nannte, die psychische und ästhetische Diätetik heissen möchte. Diese psychischen und ästhetischen Faktoren der Sauberkeit und Appetitlichkeit, die für die Krankenküche eine so grosse Rolle spielen, sind aber in der Theorie und gleichermassen in der Praxis bisher vernachlässigt geblieben.

In den theoretischen Wissenschaften ist die psychische, die ästhetische Diätetik so wenig bisher beachtet, dass nicht einmal die Psychologie selber ihrer gedenkt und auch nicht einmal die Ästhetik selber. Und doch ist die Ergründung der psychischen und ästhetischen Diätetik von äusserst fruchtbarer Bedeutung. Denn der springende Punkt für die Lösung vieler Probleme aus der Psychologie und aus der Ästhetik ist, wie ich [4]) hervorgehoben habe, der Begriff der Appetitlichkeit, Unappetitlichkeit und des Ekels. Die richtige Auffassung des Ekelgefühls ist der Angelpunkt für viele bisher unerklärte und unerklärbare Fragen aus den ver-

---

1) Richard Schötz, 1911, Jahrg. 21.

2) J. F. Bergmann, 1909, Wiesbaden.

3) „Die Küche im Krankenhaus". Stuttgart 1908. S. 177. — „Die Küche in der modernen Heilanstalt". Stuttgart 1909. S. 51. — „Die Uebertreibungen der Abstinenz". Würzburg 1911. S. 21 und 82.

4) „Die Uebertreibungen der Abstinenz". Würzburg 1911. S. XI.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

schiedensten Wissensgebieten, nicht nur der Psychologie und Ästhetik, sondern sogar der Philosophie und selbst der Religionswissenschaften. Denn die Vertreter der Religionswissenschaften, z. B. Wilhelm Brandt in seinem klassischen Werk: „Jüdische Reinheitslehre und ihre Beschreibung in den Evangelien“ (Giessen 1910. Verlag von Alfred Töpelmann. Beihefte zur Zeitschrift für die alttestamentliche Wissenschaft XIX) und Theodor Wächter: „Reinheitsvorschriften im griechischen Kult (Giessen 1910. Religionswissenschaftliche Versuche und Vorarbeiten IX, I) oder Dr. Julius Preuss in seinem geistvollen Werk: „Biblisch-talmudische Medizin. Beiträge zur Geschichte der Heilkunde und der Kultur überhaupt“ (Berlin 1911. S. Karger. S. 218), scheinen mir nicht zum Grundquell der Einsicht zu gelangen. Von der angewandten Diätetik der Zukunft dürfte drum auch die Religionswissenschaft befruchtende Anregung empfangen.

Zu diesen psychischen Bedingungen kommen noch die sinnlichen des Geschmackes für die Praxis der Krankenküche. Diese sind nicht achtfach, wie Ad. Schmidt[1]) und Strassner[2]) irrtümlicherweise annehmen, oder siebenfach, wie Ad. Schmidt bald darnach sagt, oder fünffach, wie wiederum Ad. Schmidt fälschlich anführt, sondern bloss vierfacher Art, wie ich[3]) lange vorher ausgeführt und bewiesen habe:

1. Die Schmackhaftigkeit muss hergestellt werden.
2. Die Speisen müssen warm gereicht werden.
3. Dabei dürfen sie aber nicht aufgewärmt werden, sondern müssen frisch zu Tisch kommen, wobei unter Frische nicht etwa die Frische der rohen Nahrungsmittel bloss zu verstehen ist, sondern die Frische in der Zubereitung der tischfertigen Speisen vom Herd auf die Tafel.
4. Die individuelle Abwechslung muss bedacht werden.

Aus diesen Gründen ist die allgemeine Krankenküche schwieriger als die Milchküche, aus diesen Gründen ist die künstliche Ernährung leichter als die natürliche, aus diesen Gründen ist die natürliche Ernährung des Säuglings einfacher als die natürliche Ernährung des Erwachsenen durch die Krankenküche. All diese Erfordernisse müssen verwirklicht werden, wenn in Marburg die Krankenküche mit der schon jetzt vorbildlichen Milchküche in Marburg wetteifern soll oder mit der Küche der Marburger Frauenklinik, von der Ahlfeld[4]) in seiner mustergültigen Arbeit: „Erlebnisse und Erfahrungen

1) l. c. S. 305
2) l. c. S. 194.
3) „Die Küche in der modernen Heilanstalt“. Stuttgart 1909. S. 19.
4) Klinisches Jahrbuch, 1905 XIV S. 41—49.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

mit eigener Küchenverwaltung in Frauenkliniken und Hebammenlehranstalten" berichtet. Neuerdings akzeptiert man allgemein meine Reformvorschläge. Auch Schmieden und Boethke [1]) machen sich meine Ideen gar zu eigen, wie ich [2]) nachweise. Und da sagt der Berliner Privatdozent Prof. Boruttau [3]) in demselben Blatt, meine Worte „verhallten wie die des Wüstenpredigers ungehört"! Ich [4]) berichte darüber in meiner Arbeit: „Der Bau des Krankenhauses der Zukunft".

Die Anregung zu dieser Arbeit gab mir der ehrenvolle Ruf seitens des Herrn Prof. Brauer, vordem Marburg, jetzt Hamburg, zu ihm nach Marburg zu kommen, um ihm mit meinem Rat bezüglich des Umbaues der allgemeinen Anstaltsküche und der Diätküche zur Seite zu stehen, sowie die gleiche Einladung nach Frankfurt a. M. zum nämlichen Zweck. Wie ich von Herrn Prof. Matthes höre, hat das Ministerium in gewohnter Liberalität die Mittel zu einem Umbau, der auch die Küchenräume umfassen soll, bereits bewilligt. Herrn Prof. Brauer spreche ich auch an dieser Stelle meinen ergebensten Dank aus.

---

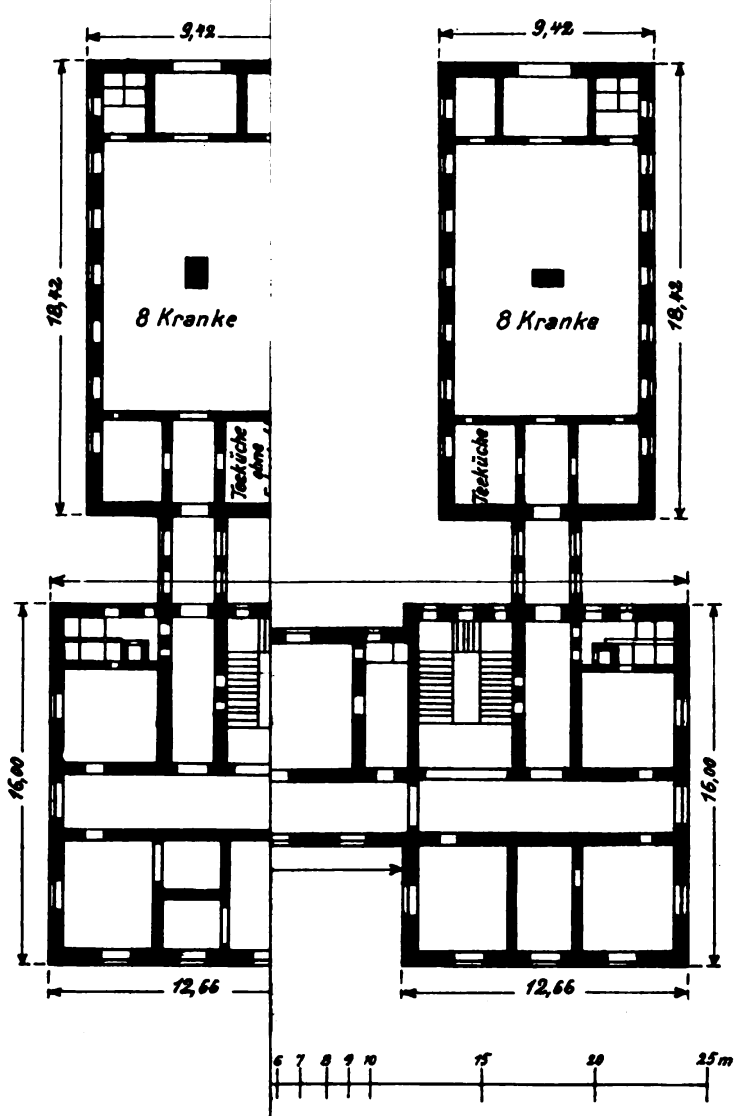
1) „Vorschläge zur Weiterentwickelung des Krankenhausbaues". Dtsch. med Wochenschr. 1911, Nr. 14, S. 649.

2) „Der Stadt-Medizinalrat u. die Küche im städtischen Krankenhause". Archiv f. Stadthygiene 1911, Heft 5.

3) Dtsch. med. Wochenschr. 13. April 1911, Lit.-Ber. S. 712. Kritik zu meiner Schrift: „Die Alkoholfrage im Lichte d. modernen Forschung" 1909.

4) Prager med. Wochenschr. 1911.

Generated on 2019-12-14 17:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA



Lith. Anstalt v. F. Wirtz, Darmstadt.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Generated on 2019-12-14 17:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF IOWA

Die Einrichtung der Wald-Erholungsstätte in Rheydt.

Vom

Beigeordneten, Regierungsbaumeister Heck.

(Zur Verfügung gestellt vom Oberbürgermeister der Stadt Rheydt.)

Mit 8 Abbildungen.

Die Walderholungsstätte in Rheydt hat für den Techniker und Hygieniker ein besonderes Interesse wegen der hier angewandten Art der Beschaffung von Licht und Wärme für die innere Einrichtung.

Die Anlage, welche in dem 200 preussische Morgen umfassenden Stadtwalde belegen ist, dient zur Aufnahme erholungsbedürftiger Kinder. Sie wurde von der Bauverwaltung der Stadt Rheydt ausgeführt, um nach Fertigstellung dem Vaterländischen Frauenverein zur Benutzung übergeben zu werden. Eine unter dem Vorsitze des Herrn Oberbürgermeisters Lehwald stehende Kommission aus Mitgliedern des Vaterländischen Frauenvereins und des Vereins vom roten Kreuz führte die Geschäfte. Die Bauleitung befand sich in den Händen des Vorstehers des Hochbauamtes der Stadt Rheydt, Herrn Stadtbauinspektor Maske, dem Herr Architekt Fischer zur Seite stand.

Die baulichen Anlagen (Abb. 1), für welche ebenso wie für den Stadtwald ausschliesslich Schenkungen von Bürgern der Stadt Rheydt zur Verwendung gelangten, sind massiv in landhausartigem Charakter gehalten und umfassen Wirtschaftsräume, Schlafsäle, Liegehalle, Aufenthalts- und Esssaal, Baderäume, Schwesternzimmer, Krankenzimmer und Beratungszimmer für die Vorstandsdamen. Im Obergeschoss befindet sich die Wohnung für die Familie des Verwalters. Die Räume sollten ausreichend sein, um zu gleicher Zeit 30 erholungsbedürftigen Kindern mit dem nötigen Pflegepersonal und der Aufsicht Aufenthalt zu bieten.

Die Kosten für die Anlage betrugen insgesamt rund 80000 M.

Die Lage des Gebäudes, weitab von der Stadt, am Waldesrand, von Strassen entfernt und nur von neu hergestellten Wald-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wegen erreichbar, in Verbindung mit dem Zweck, der nur hygienisch einwandfreie Einrichtungen zuliess, stellte der Kommission eine schwierige Aufgabe hinsichtlich der Frage, wie für Beleuchtung und Heizung, für Küchenbetrieb und Badewasserbereitung gesorgt werden sollte.

Der Vorschlag des Vorsitzenden, für die gesamten Anlagen aus Gründen der Hygiene und zur Vermeidung der mit Kohlenheizung verbundenen Umständlichkeit wenn irgend möglich nur elektrische Energie zu verwenden, begegnete in der Kommission mannigfachen Bedenken, da den Kommissionsmitgliedern die Verwendung der Elektrizität im Haushalt aus eigener Erfahrung wenig bekannt war, und Einrichtungen, bei welchen die Wirtschaft aus-

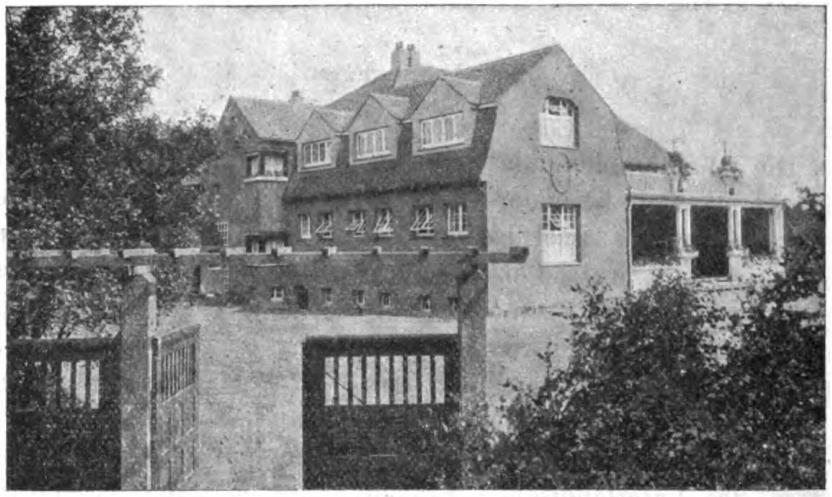


Abb. 1.

schliesslich elektrisch geführt wurde, nach den eingezogenen Erkundigungen in einem derartigen Umfange nicht ermittelt werden konnten. Die Bauleitung wurde daher beauftragt, sich mit grösseren Elektrizitätsfirmen in Verbindung zu setzen und die Richtigkeit der geltend gemachten Einwendungen eingehend zu prüfen. Die Ergebnisse dieser Studien veranlassten die Kommission, ihre Bedenken fallen zu lassen, insbesondere nachdem die Elektrizitätskommission der Stadt Rheydt, aus deren Überlandzentrale die elektrische Energie geliefert werden sollte, die Strompreise für Koch-, Heiz- und Badewasserbereitungszwecke derart festgesetzt hatte, dass nicht mehr zu besorgen war, dass allzugrosse Stromrechnungen den Wirtschaftsetat des Unternehmens zu sehr belasten würden. Bei der bekannten Opferwilligkeit der Rheydter Bürger, welche bereits für den Stadtwald und die Erholungsstätte rund 200000 M. geschenkt hatten, fanden auch die projektierten elektrischen Anlagen ihren Stifter in

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der Person des Herrn Kommerzienrats August Dilthey, so dass nunmehr an die Schaffung der Unterlagen für die interessante Anlage geschritten werden konnte.

Um diese möglichst einheitlich zu gestalten, entschloss sich die Kommission, die gesamten elektrischen Anlagen für Beleuchtung und Heizung, für Küche und Bäder einschliesslich aller Installation einer Firma zu übertragen. Nach den vorliegenden Referenzen, sowie nach Besichtigung einzelner Einrichtungen durch Mitglieder der Kommission wurde die Allgemeine Elektrizitäts-Gesellschaft in Berlin dazu ausersehen, diesen rein elektrischen Haushalt einzurichten. Nachdem der Betrieb seit einigen Wochen eröffnet ist, herrscht nur eine Stimme darüber, dass die Wahl glücklich war, und dass die Anlagen und Ausführungen in jeder Weise gelungen sind und vor den kritischen Augen der Damen des Vorstandes des Vaterländischen Frauenvereins, welcher den Betrieb übernahm, Wohlgefallen finden. Der Dank, den der Oberbürgermeister bei der feierlichen Eröffnung des Stadtwaldes und der Walderholungsstätte der Allgemeinen Elektrizitäts-Gesellschaft für das Entgegenkommen der Firma und für das persönliche Interesse, welches ihr Generaldirektor, Herr Geheimrat Dr. ing., Dr. Rathenau, der Sache zuwandte, abstattete, wird heute allgemein geteilt und der Anlage wird grosser Beifall und Anerkennung gezollt, so dass sie zum Gegenstand vieler Besichtigungen geworden ist.

Was die technischen Einzelheiten der Anlage anbetrifft, so sei zunächst erwähnt, dass sie für Drehstrom von 3×190 Volt eingerichtet ist. Im Keller des Gebäudes befindet sich eine besondere Transformatorenstation, in welcher zunächst zwei Transformatoren von 50 KW und 15 KW zur Aufstellung gelangt sind. Die Station wird von einem besonderen Hochspannungskabel gespeist, das von der Chaussee Rheydt—Rheindahlen abzweigt. In der Chaussee liegt ein Hauptkabel der Überlandzentrale, die elektrische Energie als Drehstrom von 5000 Volt mit 50 Perioden abgibt.

In dem Gebäude sind die Beleuchtung und ein kleiner Heizkörper, welche zu jeder Zeit gebrauchsfertig sein sollen, an den 15 KW-Transformator angeschlossen, während die Kücheneinrichtung, die Bäder und die Heizkörper an den 50 KW-Transformator angeschlossen sind, damit zu den Zeiten, wo Küche, Heizung und Bäder nicht benutzt werden, dieser Transformator ausgeschaltet werden kann, während der andere immer unter Strom bleibt. Um den Anschlusswert nicht unnötig gross zu gestalten, ist Vorsorge getroffen, dass die Bäder, welche einen beträchtlichen Energiebedarf haben, nicht zu gleicher Zeit, sondern nur einzeln eingeschaltet werden. Dies lässt sich ohne Störung des Betriebes leicht erreichen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die Beleuchtungsanlage hält sich in dem für diese Zwecke angemessenen Rahmen. Sie ist in gefälligen Formen ausgeführt, wie die Abbildung des Aufenthaltssaales zeigt (Abb. 2). Zur Verwendung sind nur Metallfadenlampen gekommen.

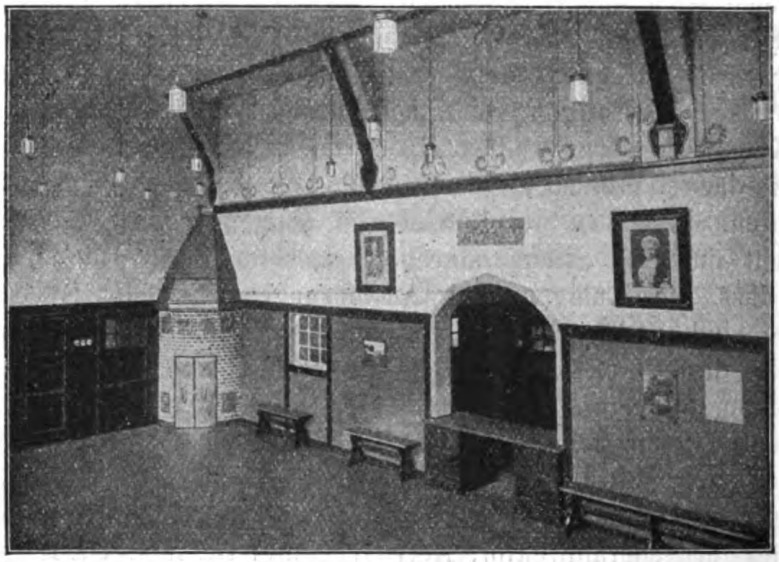


Abb. 2.

Die Einrichtung der Badezellen und der Kücheneinrichtungen wurde genau nach dem sachverständigen Rat der in der Kommission mitwirkenden Damen ausgeführt.

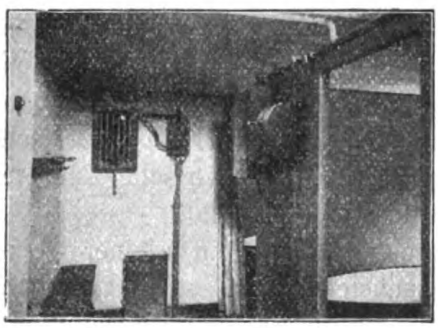


Abb. 3.

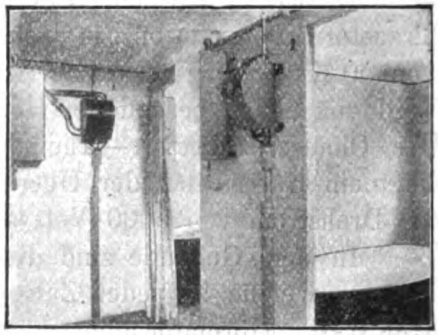


Abb. 4.

Die Badeeinrichtung (Abb. 3 u. 4) ist mit elektrischen Durchflusswärmern, System A E G, ausgestattet. Bei dem Zweck der Anlage war es erforderlich, dass die Badeeinrichtung auch für medizinische Bäder dienen konnte. Infolgedessen sind imprägnierte Holzbadewannen gewählt worden. Jede einzelne Badezelle ist mit einem besonderen heizbaren Durchflusswärmer versehen, damit die einzelnen Badezellen voneinander unabhängig sind. Deshalb hat

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:48 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

auch jeder Durchflusswärmer eine eigene Kabelzuleitung und Schaltung, so dass bei dem Versagen eines Apparates die Anlage immer noch betriebsfähig ist. Mittels der elektrischen Durchflusswärmer ist es möglich, das zufliessende Wasser um 38° C. höher zu erwärmen, als die Temperatur des eingeleiteten Wassers ist. Der Durchflusswärmer lässt 10 Liter in der Minute durch. Der Stromverbrauch beträgt hierbei 26 KW für jede einzelne Badezelle. Das Inbetriebsetzen der Leitung geschieht mittels eines Hebels, welcher die elektrische und die Wasserzuleitung zugleich betätigt. Durch Herabdrücken des Hebels wird nur der Wasserzufluss in Funktion gesetzt. Dies ist erforderlich, um die Kontrolle auszuüben, ob die Wasserleitung angestellt ist. Nachdem dies geschehen, drückt man den Hebel nach oben und schaltet hiermit den Wasserzufluss und den elektrischen Strom zugleich ein, was sich dadurch bemerkbar

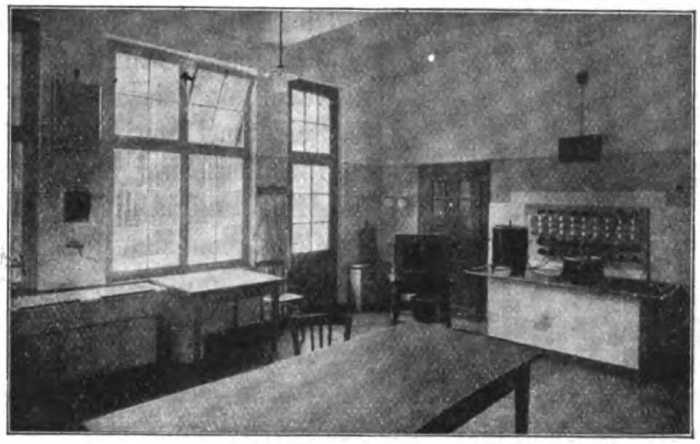


Abb. 5.

macht, dass eine Signallampe aufleuchtet, die mit dem Durchflusswärmer verbunden ist. Die Verbindung des Wasserzuflusses mit der Elektrizitätsschaltung wird durch einen Selbstschlusshahn bewirkt, der an der Verlängerung des Schalthebels angebracht ist; dadurch ist auch den Vorschriften für Wasserleitungs-Installationen bezüglich des Rückschlagens des Wassers Rechnung getragen. Die Durchflusswärmer für die Badezellen sind in blank polierten Nickelgehäusen untergebracht, die in gefälliger Form an der Wand angebracht sind.

In der Küche (Abb. 5) wird das für die Spüleinrichtung (Abb. 6) benutzte heisse Wasser gleichfalls elektrisch erwärmt. Über dem Spülstein ist der Zulauf angebracht, welcher ebenfalls durch einen Durchflusswärmer betätigt wird. Der Durchflusswärmer hat dieselbe Konstruktion wie bei den Badezellen; nur ist hier noch eine besondere Vorrichtung angebracht, die es ermöglicht, mittels eines Schwenkhahnes die Temperatur je nach Bedarf auf verschiedene

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Stufen einzustellen. Dies ist für die Spüleinrichtung wertvoll und hat sich im Laufe der Ausführung für den Betrieb als erforderlich herausgestellt. Der Stromverbrauch für diese Einrichtung, welche in der Minute 6 Liter durchlässt, beträgt 13 KW.

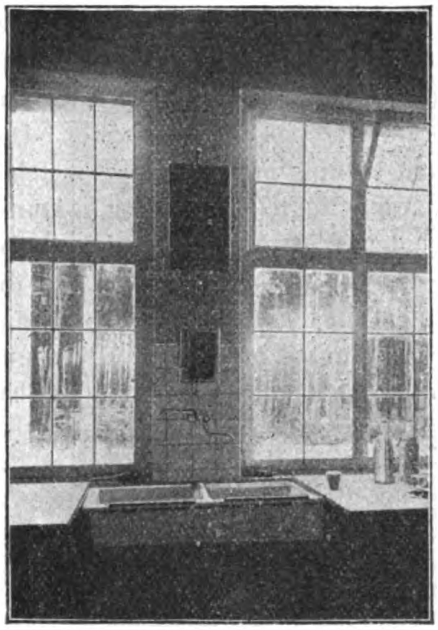


Abb. 6.

Die Kochkücheneinrichtung wurde nach eingehenden Überlegungen so gewählt, dass die Kochapparate einzeln mit Heizvorrichtung versehen wurden. Die ganze Einrichtung wurde einer modernen Herdeinrichtung in gefälliger Form nachgebildet (Abb. 7). Die Apparate fanden ihren Platz auf einer Granitplatte, die auf einem mit weissen Herdplatten verkleideten Unterbau angebracht ist. Über der Herdplatte an der Wand befindet sich die Schalttafel aus Marmor mit den darauf montierten

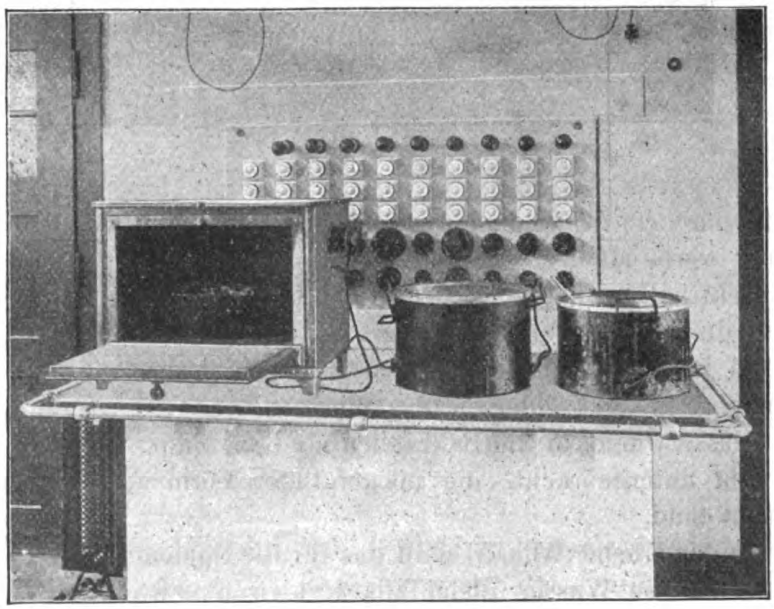


Abb. 7.

Schaltungen, Sicherungen, Anschlussdosen und Kontrolleinrichtungen für die einzelnen Kochapparate.

Die Kochapparate werden auf doppelte Weise betätigt, einmal

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

mit Seitenheizung und dann mit Bodenheizung. Beim Ankochen der Speisen werden beide Stufen eingeschaltet. Die Seitenheizung ist die grössere. Wenn die Speisen mittels beider Stufen angekocht sind, wird die Seitenheizung abgeschaltet und nur mit der kleineren Bodenheizung weiter gekocht, bis die Speisen gar sind. Die Kochtöpfe sind nach aussen wegen der Wärmeverluste gut isoliert. Hierbei hat sich im Betriebe herausgestellt, dass die Kochapparate zugleich wie eine Kochkiste wirken. Wenn der Strom ausgeschaltet ist, bleibt die Wärme noch soweit erhalten, dass die Speisen ohne Strom 10—15 Minuten nachkochen, so dass hierdurch bei geschickter Handhabung der Apparate eine erhebliche Stromersparnis eintritt. Besonders bei Reis- und Mehlspeisen tritt dies in Erscheinung. Es hat sich herausgestellt, dass Mehlspeisen, die mittags mit zubereitet waren, sich bis abends in den Töpfen warm hielten und gleich aufgetragen werden konnten.

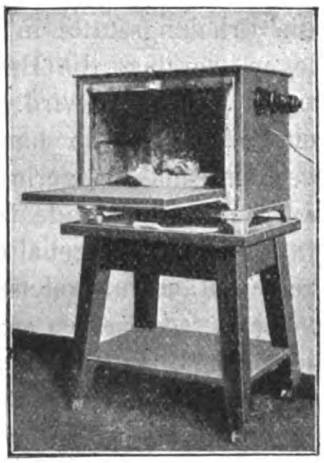


Abb. 8.

Über den Stromverbrauch geben folgende Zahlen Auskunft. Ein Kochtopf mit 30 Liter Inhalt braucht für die Bodenheizung 1,5 KW und für die Seitenheizung 4,5 KW pro Stunde, die Kochdauer beträgt 30 Minuten. Ein Kochtopf von 20 Liter Inhalt benötigt für die Bodenheizung 1,1 KW und für die Seitenheizung 2,3 KW pro Stunde. Die Kochdauer beträgt gleichfalls 30 Minuten. Ein anders gestalteter Kochtopf von 20 Liter Inhalt braucht für die Bodenheizung 0,9 KW und für die Seitenheizung 2,4 KW bei 30 Minuten Kochdauer. Der Energiebedarf einer runden Bratpfanne mit 350 mm Durchmesser beträgt 1,65 KW.

Für die Kochküche ist ein besonderer Bratofen (Abb. 8) beschafft. Der Bratofen ist auf ein hölzernes Untergestell aufgestellt; dasselbe steht auf Fussrollen und kann leicht überall hinbewegt werden. Der Anschluss geschieht an der Herdschalttafel. Der Bratofen ist mit drei Heizstufen versehen und zwar einer grösseren und einer kleineren Bodenheizung und einer Oberheizung. Es hat sich im Betrieb herausgestellt, dass auf diese Weise der volle Strombedarf nur kürzere Zeit erforderlich ist. Die Bratsachen werden am zweckmässigsten in der unteren Heizung angebraten und dann in der Oberheizung, welche nur einen geringen Stromverbrauch hat, fertig gebraten. Auf diese Weise wird nur bei dem Anbraten eine grössere Strommenge nötig, und der Effekt ist, dass die Bratsachen in kürzerer Zeit fertig sind, als bei anderen Herdvorrich-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

tungen. Auch der Bratofen wirkt durch die gute Wärmeisolierung ähnlich wie eine Kochkiste. Es ist möglich, die aufgespeicherte Hitze längere Zeit nachwirken zu lassen, so dass Kuchen und Gebäck, auch wenn der Strom ausgeschaltet ist, von selbst fertig backen können. Der Stromverbrauch für die einzelnen Stufen ist: 2,26 KW für die grosse Bodenheizung, 1,13 KW für die kleine Bodenheizung und 0,8 KW für die Oberheizung. Nach den bisher gewonnenen Erfahrungen kann gesagt werden, dass der Stromverbrauch bei geschickter und verständiger Bedienung sehr sparsam gehalten werden kann, so dass ein hoher Wirkungsgrad erzielt wird.

In dem Gebäude befindet sich keine Zentralheizung. Die notwendige Wärme wird durch elektrische Heizkörper erzeugt. Diese Anordnung wurde ebenfalls nach langer Beratung gewählt unter Berücksichtigung der Betriebsverhältnisse. Es ist nämlich geplant, die Erholungsstätte in den eigentlichen Wintermonaten nicht zu belegen, so dass die Heizung nur an kühlen Frühjahrs- und Herbsttagen gebraucht wird. Da ausserdem das Klima des Niederrheins ein mildes ist, so handelt es sich um Temperaturerhöhungen, die verhältnismässig gering sind und die Heizapparate nicht sehr beanspruchen. Gerade für diesen Fall wurde die elektrische Heizung für anwendbar gehalten. Die Heizvorrichtungen sind in den einzelnen Räumen, welche erwärmt werden sollen, als Einzelapparate verteilt, so dass es sich um eine reine Lokalheizung handelt, die je nach Bedarf betätigt werden kann. Die Heizkörper sind mit Widerstandsheizeinrichtung nach dem System der A E G versehen. Die Apparate sind zweistufig eingerichtet, so dass man die Räume in kurzer Zeit bei voller Einschaltung auf die gewünschte Temperatur bringt und dann mit einer Stufe die Temperatur halten kann; es tritt also auch hier durch Regulierung die äusserste Stromersparnis ein. Die Lokalheizung empfahl sich in diesem Falle besonders, da die Beheizung gewisser Räume, wie der Schlafsäle, überhaupt nicht in Frage kommt, während andere Räume, wie Vorstandszimmer, Schwesternzimmer und Krankenzimmer nur zeitweise beheizt zu werden brauchen. Auch die Baderäume sind mit elektrischer Heizeinrichtung versehen.

Nachdem die Anlage einige Zeit in Betrieb ist, hat sich herausgestellt, dass sie für die Damen, welche der Anlage vollständig fremd waren, leicht und bequem zu handhaben ist.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Alkohol und Tuberkulose*).

Von

Dr. Georg Liebe, Waldhof Elgershausen.

Es war am 22. September 1898, als ich zur Naturforscherversammlung in Düsseldorf, in Deutschland wohl das erstemal in einer der grossen wissenschaftlichen Versammlungen, scharf und deutlich den Zusammenhang zwischen Alkohol und Tuberkulose in einem Vortrage darlegte[1]). Wenn sich auch damals schon, namentlich unter den jüngeren Ärzten, einige Zustimmung bemerkbar machte — bei mancher Übertreibung sei doch ein wahrer Kern im Vortrage —, so machte sich doch nicht nur die Tagespresse über eine derartig „fanatische" Anschauung lustig, sondern es durfte es sogar noch eine „Autorität" wagen, in der Versammlung selbst die Sache mit einem faulen Witze abzutun. Wie anders heute! Heute ist dieser Zusammenhang zwischen Alkohol und Tuberkulose allen vorurteilsfrei beobachtenden Ärzten klar, dieser Zusammenhang, von dem die folgenden Ausführungen handeln.

Nur kurz und mit wenigen Strichen sei wiederholt, was von der Tuberkulose hier in Betracht kommt. Die Tuberkulose ist eine Infektionskrankheit. Die Bazillen dringen in den Körper ein und es entspinnt sich zwischen ihnen und den Körperzellen ein Kampf, sei es, dass die Eindringlinge von den Zellen gefressen werden, sei es, dass der Feind durch Bildung von Antikörpern unschädlich gemacht wird. Der Bazillus, der aus dem Körper kommt, dringt in den Körper ein durch die Haut — dies ein ungewöhnlicher, wenn auch in letzter Zeit mehr beachteter Weg — oder durch die Schleimhäute, und hier entweder mit der Nahrung oder mit der Atmung.

Wie oft kommt das vor? Der Tuberkelbazillus ist nicht ubiquitär, trotz der weitverbreiteten Spuckunsitte, aber die Infektion findet jedenfalls sehr oft statt, meist wohl schon bei den Kindern.

*) Nach einem zu den wissenschaftlichen Alkoholkursen in Düsseldorf 1910 gehaltenem Vortrage.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Ihr Leben auf schmutzigem Fussboden, ihre wunden Nasen, ihre weichen Tonsillen, Unsauberkeit der Mütter und Pflegerinnen, sind hierzu sehr förderlich. Die Häufigkeit der Infektion geht aus den Statistiken hervor: Schlenker fand 66 % aller sezierten Leichen tuberkulös, Schmorl 91 %, Naegeli 93 %, ja im eigentlichen arbeitsfähigen Alter 100 %. Und doch stirbt nur $^1/_7$ der Menschen an dieser Krankheit. Auch hat man bei diesen Sektionsergebnissen oftmals geheilte Stellen gefunden. Das heisst also, dass die Tuberkulose eigentlich eine ziemlich harmlose Lokalerkrankung ist, wie wir sie ja beispielsweise an den Fingern der Anatomiediener sehen. Erst besondere hinzutretende Verhältnisse machen eine schwere Allgemeinerkrankung daraus, die schliesslich zur Schwindsucht führt. Diese Verhältnisse fasst man mit dem Gesamtbegriffe „Disposition" zusammen. Was sie eigentlich ist, kann man nicht ganz klar umschreiben. Jedenfalls aber eine mangelhafte Widerstandsfähigkeit, ein nicht normaler Zustand des Zellenprotoplasmas, ein Nachlassen der Zellenenergie. Das Gleichnis vom Samenkorn oder der Vergleich mit dem Anstecken eines Feuers, woher ja der Name der Ansteckung genommen ist, erläutert diese Dinge. Nicht jedes Strohdach brennt durch die daran gehaltene Flamme an, nicht das zu fest gepackte, nicht das altbemooste, nicht das vom Regen durchnässte, sondern nur das trockene, lockere — widerstandsunfähige. Jedermann weiss, wie auch die Menschen verschieden sind, wie der eine leicht errötet, während der andere ungescheut ins Blaue hineinlügt, wie der eine mehr als der andere von der Sonne verbrennt, wie der eine abgehärtet, der andere anfällig ist. Kurz, die Disposition ist die Summe unserer Erlebnisse, unserer Verhältnisse, des Erbgutes unserer Vorfahren. Emerson sagt: „Jeder Frevel, den unsere Vorfahren und unsere Zeitgenossen an den Gesetzen der Natur begangen haben, wird auch an uns gestraft. Die Krankheiten und Missgestalten um uns her bezeugen zahllose Verletzungen natürlicher, geistiger und sittlicher Gesetze, und Versündigung auf Versündigung muss sich gehäuft haben, um solch ein kompliziertes Elend zu erzeugen."

Denn Vererbung der Tuberkulose selbst ist selten; solche Kinder oder Tiere sterben bald. Nur die Disposition wird vererbt. Kinder von Tuberkulösen, Krebskranken, Alkoholikern, von sehr jungen Müttern oder ausgemergelten Arbeiterfrauen, die letzten Kinder einer langen Reihe (Brehmersche Belastung) sind beispielsweise in dieser wenig angenehmen Lage. Ihre Disposition zeigt sich durch den „tuberkulösen Habitus", durch Skrofulose (die indessen wohl meist schon Tuberkulose ist), durch schlechten Appetit, durch Neigung zu Schnupfen und Katarrhen usw., oder gar nicht. Sie kann verschwinden durch gute Hygiene des Kindes, Freiluft-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

erziehung u. dgl. Aber die Disposition kann auch im Laufe des Lebens erworben werden und zwar durch alle Sünden wider die Gesundheit: durch schlechte Körper- und Hautpflege und ungesunde Kleidung, durch Staub, Nässe, Überarbeitung, ungesunde Stellung im Berufe, durch mangelhafte aus Not oder Dummheit angewandte Ernährung, durch Krankheiten, durch Unfall, durch seelische Affekte.

Dies sind in grossen Zügen die Grundlagen einerseits. Welche Beziehungen bestehen nun zwischen diesen und dem Alkohol? Es kann natürlich hier nicht die Aufgabe sein, fortlaufend den Schaden zu schildern, den der Alkohol den einzelnen Körperorganen zufügt. Es soll daher im Folgenden nur die Wirkung auf ein paar einzelne Organe (A), die Wirkung auf den Körper im allgemeinen (B) und die soziale und wirtschaftliche Wirkung (C) hier herangezogen werden.

A.

Könnte man auch an allen Körperorganen, hier mehr, dort weniger, aber überall mit Sicherheit etwas, den verderblichen Gang des Alkohols verfolgen, so stehen doch mehrere ganz unmittelbar mit der Tuberkulose im Zusammenhang. Katarrhe des Pharynx und der oberen Luftwege sind oft die Folge vom Alkohol und für den Tuberkelbazillus günstig. Man denke nur an die Flimmerzellen der Luftröhre, deren unausgesetzte ährenfeldähnliche Aufwärtsbewegung selbst schwere Fremdkörper wieder herausbefördert. Katarrh hemmt ihre Tätigkeit. Wenn wir auch die Lungenkranken nicht mehr mästen, so bedürfen sie doch eine gute Verdauung. Alkohol stört diese. Bier macht einerseits ungesunde und ungewollte Mast, Alkohol hebt andererseits das normale Hungergefühl auf. Bunge, W. Buchner, Kretschy, Uffelmann, Sonderegger, Blumenau [2]) bestätigen diese verdauungshemmende Wirkung, Hueppe sagt, dass schon kleine Mengen Alkohol die Ausnützung der Nahrung herabsetzen. Übrigens sagte schon Brehmer vom Bier, dass es verdauungshemmend wirkt. Der fatale Zusammenhang zwischen Alkoholgenuss und Leberleiden ist bekannt genug. Nur auf eine neuere Beobachtung soll hier hingewiesen werden. Lemoine und Gerhard in Lille vermuten, dass die Leber wie gegen metallische Gifte, so auch gegen bakterielle eine Schutzwirkung ausübe. Nach Roger werden Bakterien, die durch die Pfortader in die Leber kommen, dort festgehalten und zerstört. Wenn sich diese Beobachtung bestätigte, würde sie ein schwerwiegendes Belastungsmoment gegen den Alkohol geben [3]).

Mehr und mehr wird die Bedeutung eines guten Herzens für alle Krankheiten gewertet; dazu hat uns vor allem der moderne Sport geführt. Auch in der Tuberkuloselehre weiss man, wieder

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

an Brehmer anknüpfend, die Herzkraft jetzt als Hilfsmittel zu schätzen. Der Alkohol aber wirkt nach dieser Hinsicht sehr ungünstig auf das Herz ein, reizt die den Herzschlag beschleunigenden und gefässerregenden Nerven, führt zu Druckänderungen und bewirkt eine Verschlechterung der Blutversorgung der Gewebe [4]). Es geht aber jetzt gerade, wie die Biersche Stauung zeigt, das Bestreben dahin, die Gewebe gut mit Blut zu versorgen. Und die Bekämpfung von Kreislaufsschwäche durch Alkohol ist hier gerade erst recht verkehrt. Die Pulsbeschleunigung, die Tachykardie, ist bei Tuberkulösen gefürchtet, und der Blutdruck kann uns bei Neigung zu Blutungen auch nicht gleichgiltig sein. Schon in seinem allerersten Vortrage im Kampfe gegen die Tuberkulose forderte von Leyden die Vermeidung von Alkohol bei allen, die zu Blutung neigen. Wo ist aber Neigung vorhanden? Nach Strandgaard [5]) kommen Blutungen bei der Hälfte der Fälle vor. Von 162 tuberkulösen Männern mit chronischem Alkoholismus hatten 113 oder 70 % Blutungen. Meist kommt doch die erste Blutung wie ein Blitz aus heiterem Himmel. Darum wäre der bessere Standpunkt der, anzunehmen, dass alle Tuberkulösen (wir sprechen hier natürlich nur von Lungentuberkulösen) zu Blutungen neigen.

Zu den wissenschaftlich anerkannten Tatsachen gehört die unmittelbare Giftwirkung des Alkohols auf das Nervensystem. Hat schon Dettweiler jeden Lungenkranken auch für nervenkrank erklärt, so ist dem labilen und oft krankhaften Zustande des Nervensystems bei der Tuberkulose in letzter Zeit durch Jessen, Schweizer, Köhler, Liebe ein eigenes Studium gewidmet worden. Ob nun der Alkohol im einen Falle zu regressiven Veränderungen der Gefässe des Zentralnervensystems, der Ganglienzellen, der Neurofibrillen, der Gliazellen, oder zur Degeneration einzelner Fasern führt [6]), oder ob nur die allgemeine Reizung durch die Summation seiner Wirkungen eine Rolle spielt, mag dahingestellt bleiben. Bei chronisch Kranken mit wahrscheinlich angegriffenem Nervensysteme soll er besser wegbleiben.

B.

Was man von einzelnen Organen sagen kann, gilt auch für den ganzen Körper, der in seinen einzelnen Zellen beeinträchtigt, d. h. für Erkrankungen disponiert wird. Die Franzosen sagen deshalb auch: Der Alkohol „fait le lit“ für die Tuberkulose. Direkte protoplasmatische Veränderungen, besonders an den trophischen Ganglien, wurden beobachtet [7]). Durch Alkohol scheinen die phagozytären Schutzkräfte, namentlich der Polyblasten nnd Epitheloidzellen geringer zu werden, ebenso die reparatorischen Heilungsvorgänge seitens des neugebildeten Bindegewebes. Dagegen scheint

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:49 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der Gewebszerfall sehr ausgesprochen zu sein [8]). Kuthy sieht im Alkohol eine direkte Schädigung der Resistenzfähigkeit [9]) und Franz Koch in Gardone zählt in einem Aufsatze über Tuberkulose und Rasse [10]) die rasseschwächenden Momente auf, darunter als hauptsächlichste Intoxikation den Alkoholismus. Einige statistische Zahlen. Es fanden

Imbert unter 131 männl. Trinkern 11,4 % Tuberkulöse,
„ 68 weibl. „ 10,3 % „
Raymond unter 62 arbeitsunf. Alkoholikern 22,5 % Tuberkulöse,
Imbault „ 248 verstorbenen Trinkern 19,7 % „

Auf dem 14. internationalen Hygienekongresse teilte Letulle mit, dass von 717 Tuberkulösen 80 % Alkoholiker gewesen seien, von über 30 Jahre alten tuberkulösen Arbeitern in Paris 90 %. Lavarenne fand unter 32 Tuberkulösen 81 %. Hierbei drängt sich natürlich sofort die für die Statistik wichtige Frage auf, was ein Alkoholiker sei. Wolff in Reiboldsgrün fand in seiner Privatanstalt 12 %, unter den Arbeitern der Zweiganstalt 7 %. Dazu muss man aber Wolffs Standpunkt kennen. Er sagt z. B., dass man Alkohol in einer Heilanstalt schon als Stimmungserzeuger nicht entbehren könne. Andere kamen daher auch zu anderen Zahlen:

Heilstätte Heiligenschwendi 1908 [11])	33,67 %
Alison und Roux	31,3 „
Imbault	66,6 „
Jaquet	71,4 „
Barbier, Rendu und Constan	88,0 „
Grigorieff	86,7 „
Letulle	80,0 „
Heilstätte Planegg	31,9 „
Ich selbst fand	67,0 „
Das gibt einen Durchschnittsprozentsatz von	61,84 %.

Natürlich soll man hierzu nicht vergessen, dass solche Zahlen so lange noch nicht unbedingt massgebend sind, als der Begriff des Alkoholikers noch sehr schwankt und als man noch nicht weis, wie viel es überhaupt unter allen Menschen Alkoholiker gibt. Umgekehrt aber wächst die Bedeutung dieser Zahlen, wenn man sieht, wie sie sich durch andere ergänzen lassen. So wird diese Frage hell beleuchtet durch die Statistik der Alkoholgewerbe. Von 1000 Todesfällen unter Kellnern erfolgten bei uns 528 an Tuberkulose, in Belgien 666, in England 257 [12]). Die Zahlen der Gastwirte, die im allgemeinen besser gestellt sind und wohl etwas weniger trinken, waren: bei einer allgemeinen Tuberkulosesterblichkeit von 150 auf 1000 Todesfälle in Belgien 314, bei der Berliner Gastwirtskrankenkasse im Jahre 1895 450. Gegen die Bedeutung dieser Zahlen führt man an, dass hier vielfach andere Schäden mitwirken, schlechte

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Luft, Nachtarbeit, Überanstrengung. Das wird zugegeben. Aber es können gleich wieder neu die Brauer ins Feld geführt werden, bei denen dies alles sicher nicht vorhanden ist und die doch nach Sendtner zu 29,9% an Tuberkulose sterben oder nach Guttstadt zu 47,9% bei einer Gesamtsterblichkeit von 37,6% (Preussen 1884—93). Im Unterelsass war nach Wolff bei 68% der gestorbenen Brauer die Ursache in Krankheit der Atmungsorgane zu suchen, wovon ganz gewiss ein grosser Teil Tuberkulose war. Ein anderes Schlaglicht werfen auf unsere Frage die Untersuchungen von Henschen[13]), nach denen seit 1780 in Schweden Alkohol und Tuberkulose gleichmässig und gleichsinnig zugenommen haben. In Preussen zeigt die Mortalitätsstatistik bis zum 15. Jahre eine Überzahl des weiblichen vor dem männlichen Geschlechte, während es vom 20. Jahre an umgekehrt ist; etwas, was man auch in Stockholm beobachtete. Unverheiratete Männer haben eine grössere Tuberkulosesterblichkeit als verheiratete. Mit grosser Wahrscheinlichkeit ist die Ursache für all dies im Alkoholgenusse zu suchen. Aus Frankreich sind Karten veröffentlicht[14]), von denen welche durch dunkle Schraffierung die Verbreitung der Tuberkulose, andere die des Alkoholismus angeben. Es finden sich merkwürdige Übereinstimmungen zwischen beiden. Bertillon sagt geradezu: L'alcoolisme est non seulement un facteur important de la tuberculose pulmonaire, mais en France il est le plus important de tous" und „de toutes les causes qui favorisent le développement de la phthisie il n'y en a pas en France qui ait l'importance de l'alcool. Sa voix est si forte quelle domine tout le bruit de l'orchestre". Ebenso wie wir oben die Kellner und Brauer zusammenstellten, tut es Bertillon mit den charretiers und ouvriers des chemins de fer im Industriegebiete. Sie haben beide gleiche Verhältnisse, gleichviel Bewegung an freier Luft und doch, entsprechend ihrem Alkoholismus, ganz verschiedene Tuberkulosezahlen, nämlich die im Trinken gut überwachten Eisenbahner auf 100,000 Lebende 168 Tuberkulosetodesfälle, die Karrenführer 296.

Schliesslich kommt hierzu noch das Tierexperiment. Laitinen[15]) fand, dass die Widerstandsfähigkeit der roten Blutkörperchen vom Alkohol herabgesetzt wird und dass natürliche und künstliche Ansteckung (Kaninchenseuche und Diphterietoxin) auf diese Weise günstigere Verhältnisse trifft. Und zum Budapester Tuberkulosekongresse konnte er mitteilen, dass diese Schädigung schon eintritt beim regelmässigen Genusse von 0,1 ccm pro kg Tier, was etwa einem halben Glase Wein für den erwachsenen Menschen entspricht. Diese von Laitinen klar und zahlenmässig bewiesenen Dinge wurden ja früher schon von Abott, Woodhead, Achard, Gaillard behauptet.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Eine weitere Stütze haben uns neuerdings die Wrightschen Opsonine gebracht. Was will das sagen? Immunität beruht zum Teil auf dem Zusammenwirken der Phagozyten (Kampfzellen) und des Blutserums. Die Phagozyten vernichten die Bakterien, aber nur dann, wenn das Blutserum sie schon vorbereitet hat. Opsonine — vom griechischen Worte Opsoneo, zum Essen vorbereiten — sind eben diese Substanzen, die im Blutserum vorhanden sind und von Wright entdeckt wurden[16]). Die Zahl, die ihre Menge anzeigt, nennt man opsonischen Index. Für diesen aber ist nachgewiesen, dass er durch Alkohol vermindert wird. Stewart[17]) fand, dass 56 Gramm Portwein den opsonischen Index für den Tuberkelbazillus von 1,17 auf 0,73 d. h. um 37% erniedrigten, für den Streptokokkus von 1,12 auf 0,65 also um 42%. Durch ebensoviel Schnaps fiel der erstgenannte Index um 88%, der zweite um 56%, und Parkinson[18]) in London fand die wichtige Tatsache, dass fortgesetzte kleine Dosen den Index dauernd herabsetzen.

Die Fülle aller dieser Beobachtungen hat auch dann Beweiskraft, wenn das eine oder andere der Glieder aus der Kette herausgenommen werden muss. Deshalb haben auch, wie schon die angeführten Beispiele zeigen, die Forscher der nicht-deutschen Länder schon längst einen Zusammenhang zwischen Alkoholismus und Tuberkulose gefunden und gelehrt. Der Franzose Reynier[19]) wollte sogar einen grossen Teil der Knochentuberkulosen, im Alter über 40 Jahre 90%, ganz unmittelbar dem Alkohol zuschreiben. Bei dem bekannten Verhältnisse zwischen Knochenbrüchen und Delirium ist vielleicht ein gewisser Zusammenhang zwischen Alkohol und Knochentuberkulose möglich, wenn auch diese französischen Zahlen wohl noch des Beweises bedürften. Andere, so Bauquel und Amat[20]), beschreiben besondere klinische Formen der Tuberkulose der Alkoholiker. Wenn wir ihnen auch nicht so weit folgen, so dürfen wir doch diese fleissigen Dissertationen gewiss als Stütze für unsere Anschauung heranziehen.

Zum Schlusse dieses Abschnittes soll wenigstens kurz auf die v. Bungeschen Forschungsergebnisse hingewiesen werden. Standen diesen am 1. Juni 1899 200 Familien zu seiner Statistik zu Gebote, so sind sie bis jetzt schon auf 2500 angewachsen. Die ursprüngliche Behauptung Bunges, dass Alkoholgenuss der Eltern die Stillfähigkeit der Nachkommen vertreibt, konnte in dieser Schärfe nicht aufrecht erhalten werden. So haben z. B. Nachuntersuchungen von Greef[21]) nicht alles bestätigen können. Der Alkoholismus des Vaters scheint nicht so schwerwiegend zu sein, wie der der Mutter. Aber zweifellos besteht ein gewisser Zusammenhang. Besonders ist auf Folgendes hinzuweisen: Alkoholismus der Väter und Grossväter disponiert die Nachkommen zu Lungentuberkulose

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

und Zahnkaries, ein Zusammenhang, der für die Rasse von so grosser Bedeutung ist, dass er in seinem ganzen Umfange noch gar nicht erkannt und erfasst ist. Es muss hier noch viel geklärt und weiter gebaut werden, wozu auch die neue, grosse statistische Umfrage beitragen soll, die Dr. Holitscher, der Geschäftsführer des deutschen Vereins abstinenter Ärzte, jetzt begonnen hat.

C.

Ein mittelbarer Zusammenhang zwischen Alkohol und Tuberkulose besteht durch die sozialen Verhältnisse. Was Dr. Politz in seinem Vortrage über Alkohol und Strafrecht[22]) geschildert hat, musste geradezu erschütternd auf die Hörer wirken. Oberinspektor Lieber führte in die elendesten der sogenannten Wohnungen hinein und zeigte, wie dieses Wohnungselend auch schliesslich den Besten in die Kneipe treibt und dem Alkohol in die Arme wirft. Und die flammenden Worte von Pfarrer Weber über Alkohol und Prostitution waren wirklich wie ein Blitz, der einen grausigen Abgrund voll Drachengewürm kurz aber deutlich enthüllt. Das sind Bilder aus den heutigen sozialen Verhältnissen, und durch diese wird auch die Tuberkulose verbreitet und gefördert. Nennt man sie doch eine Wohnungskrankheit, eine Proletarierkrankheit. Sie steigt mit der Wohnungsdichte durch die allgemeinen schlechten Einflüsse und nicht minder durch die Infektionsgefahr, der Sinn für Sauberkeit stumpft ab und geht verloren, es wird in die Stube gespuckt, Kranke und Gesunde schlafen durcheinander in einem Bette. Über die Gefängnistuberkulose gibt es eine ganze Literatur. Ob Luftmangel, Bewegungslosigkeit, ungenügende Kost oder der grosse Einfluss des Seelischen die Hauptrolle spielen — sie ist jedenfalls da, sie ist Tatsache. Und dass die Prostituierten meist an Tuberkulose eingehen, darf uneingeschränkt behauptet werden.

Alkohol verschlingt ferner wirtschaftlich grosse Summen an Nationalvermögen. Berechnet man doch das, was das deutsche Volk alljährlich für Alkohol unmittelbar ausgibt, auf $3^1/_2$ Milliarden, und zwar ohne die Besoldung der Wirtspersonen, aber auch ohne das, was die Irrenhäuser, Gefängnisse, Armen- und Krankenhäuser kosten. Und der einzelne verpufft das Geld, das er für Wohnung, Nahrung, Kleidung, geistige Erholung verwenden könnte. Im Berichte des deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose vom Jahre 1907 wird dieses Verbummeln sonst tüchtiger Menschen geschildert. Es kommt zu einem unglücklichen Familienleben, das aus tausend und abertausend Gründen die tuberkulosefreundlichsten Verhältnisse schafft. Wenn[23]) Arbeiter Sonntags 4—5 M. für Alkohol ausgeben, so macht das jährlich 200 bis 250 M., und die zwei Flaschen Bier, die auch der mässige Arbeiter

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

täglich zu sich nehmen zu müssen glaubt, geben auch schon die Summe von 60 M. jährlich. Nach dem aber, was meine Patienten mir als ihren gewöhnlichen Alkoholverbrauch angeben, wobei sie aus naheliegenden Gründen gewiss nicht übertreiben, kann man diese Summe oft gut verfünffachen.

Fasst man das alles, was bisher gesagt wurde, zusammen, so kann man es in den Worten ausdrücken, die 1905 der Pariser Kongress einstimmig annahm: „Den Alkohol bekämpfen, heisst die Tuberkulose bekämpfen". In aller Bescheidenheit möchte ich daran erinnern, dass einer meiner 1898 nach meinem Düsseldorfer Vortrage aufgestellten Leitsätze lautete: „Die Alkoholfrage ist von grösster Bedeutung für die Bekämpfung der Tuberkulose. Ohne sie zu berücksichtigen, kann an eine wirksame Bekämpfung dieser Krankheit nicht gedacht werden."

Aber wenn man auch durch solche Ausführungen einen Hörerkreis von diesem engen Zusammenhange überzeugt, damit ist noch niemandem gedient. Ohne praktische Nutzanwendung ist die beste Theorie nutzlos. Wollte ich alle Folgerungen für die Praxis hier ziehen, so müssten wir das grosse Kampfgebiet der ganzen Alkoholfrage betreten. Denn: „Den Alkohol bekämpfen, heisst eben die Tuberkulose bekämpfen". Aber anf einen besonderen Faktor im Kampfe möchte ich doch noch hinweisen, die Volksheilstätten. Vielleicht die Heilstätten überhaupt. Sie sind kein rein ärztliches Gebiet, sondern besitzen das Volksinteresse im höchsten Masse, und was dort geschieht, dringt mit tausenden von abgehenden Patienten in weiteste Kreise. Die Therapie, die Behandlungsweise an sich zu erörtern, ist hier nicht der Ort. Aber dann verlangen wir auch, dass der Alkohol nur in die Therapie gehört, d. h. dass er ein Arzneimittel ist, das aus der Apotheke verschrieben wird. Übrigens wenden sich bekanntlich auch dagegen neuerdings Stimmen genug, die gehört zu werden verdienen. Ich nenne von den letzteren nur Professor Weintraud-Wiesbaden oder Doczi, Sanitätsmitglied des österreichischen Ministeriums [24]). Professor Finlay sagte in seiner Eröffnungsrede des Marischal Colleges u. a.: „Sei besonders sparsam mit Alkohol bei chronischen Krankheiten, wo er in den meisten Fällen nicht die geringste günstige Wirkung entfaltet" [25]).

Das New Yorker Rote Kreuz-Hospital bekam 1907 einen Neubau, zu dem Wardwell den Baugrund unter der Bedingung völliger Alkoholfreiheit schenkte, da er im Direktorial-Kollegium grosser New Yorker Krankenhäuser von der Schädlichkeit des Alkohols bei der Krankenbehandlung und vom Nutzen alkoholfreier Therapie sich überzeugt hatte. Und das alkoholfrei geleitete neue Krankenhaus steht jetzt mit seinen Erfolgen ebenso glänzend da, wie das ebenso geführte Temperence-Hospital in London.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Man tut ja so, als ob der Alkohol jetzt auch „Medikament“ sei. Ein schönes Medikament, dessen „Dosierung“ man dem Patienten selbst überlässt. Dann dringt z. B. solcher Unfug in das Publikum, dass man in die Milch immer einen Schuss Kognak geben müsse. Dass man mit Salbeiabkochung den Nachtschweiss auch bekämpfen kann, interessiert die Leute nicht, die Kognakmilch ist viel interessanter. Aber wir wollen uns doch nicht täuschen. Der Alkohol wird doch, wo er wirklich trotz ernster Überlegung gegeben wird, als Ernährungsförderer verwendet und als solcher für nötig und unentbehrlich erklärt. Er soll den Appetit heben. Schon Dettweiler gab starke Alkoholika vor Tische; andere lassen Bier und Wein aus diesem Grunde vor dem Essen trinken. Strümpell hat aber festgestellt, dass der Alkohol erst eine Reizung des Magens und dann eine Erschlaffung bringt, durch die der Appetit gerade leidet. Die Anregung kann höchstens psychisch aufgefasst werden. Und was heisst das bei einer chronischen, d. h. oft Jahre lang dauernden Krankheit! Hueppe schrieb, dass der Alkohol eine Vorliebe für Fleisch erzeugt. Das spüren wir an unseren Patienten, die die Fleischportionen nicht gross genug bekommen können und diejenigen für Volksfeinde erklären, die ihnen etwas von modernen Ernährungsanschauungen vortragen und ihnen sagen, es sei viel besser, nicht so viel Fleisch zu essen. Der ganze Ernährungstrieb wird in falsche Bahnen geleitet, etwas, was uns auf die Frage der Ernährung Lungenkranker, ja Kranker überhaupt, ja unaufhaltsam auf die Ernährung aller, auch der Gesunden führen würde, wenn wir ihm nachgehen dürften. Da ist noch viel zu arbeiten, zu forschen und zu verbreiten. Nur an die sexuelle Seite der zu reichlichen Fleischkost sei nebenher erinnert.

Alkohol ist kein Nahrungsmittel. Selbst dann nicht, wenn es sich bestätigt, dass er regelrecht im Körper verbrennt. Dann wäre Glyzerin auch ein solches und dann könnte man, um das viel gebrauchte, populäre Beispiel auch hier zu bringen, einen Ofen auch mit Dynamit heizen, da auch dieses unter Entwicklung von Wärme verbrennt.

Es bleibt denn auch in Wahrheit nur noch das Genussmittel Alkohol. Man kann es nicht entbehren, weil man es nicht entbehren will. Nach allen Seiten müssen Konzessionen gemacht werden. Es kommen sonst weniger Patienten und man hätte vielleicht auch die Verpflichtung, selbst mit gutem Beispiele voranzugehen [26]). Dr: Roeder aus Elberfeld sagte 1908 zur Versammlung deutscher Naturforscher in Cöln u. a. folgendes:

„Die Annahme, man müsse durch Verabreichung kleiner Gaben von Bier oder Wein zur Krankenkost der Volksmeinung entgegenkommen, um heimlichem Missbrauche zu begegnen, erweist

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sich durch die Praxis als irrtümlich. Sie dient nur dazu, dem einzelnen Kranken die Tatsache nicht in das Bewusstsein dringen zu lassen, dass der Alkoholenthaltsame die besseren Gesundheits- und Lebenserwartungen hat. Jede Belehrung ist schwächer, wie derartige Einrichtungen".

Der Alkohol ist nötig zur Erzeugung von Stimmung, die sonst in dem grossen „Krankenhause" zu gedrückt ist. Du lieber Gott, die Stimmung ist meist zu fidel. Blitstein schilderte zum ersten internationalen Kongresse für Schulhygiene in Nürnberg die Affekte und Charakteränderungen, die bei Kindern nach Alkoholgenuss eintreten: „Unfolgsamkeit, Keckheit, Waghalsigkeit, viel Lachlust, Übermut, Geneigtheit zu mutwilligen Streichen." Genau so beobachten wir es an unseren grossen Kindern. Übrigens ist dieser Standpunkt für den Leiter der Heilanstalt und für seine Helfer doch fast ein testimonium paupertatis. Unser Silvester kann sich an Fröhlichkeit und — leider — auch an Lärm mit jeder alkoholischen Silvesterfeier messen, und unser Sommerfest mit Konzert und Tanz im Freien treibt oft die tollsten Blüten. Also mit solchen Redensarten lassen wir uns nicht beikommen. Lassen wir, wenn es sein muss, dem Sterbenden durch ein Glas Wein den schweren Schritt über Grab und Tod hinaus erleichtern. Aber was noch Lebenshoffnung hat, mit dem sollen wir gegen diesen Lebensfeind kämpfen.

Die Heilstätten kommen denn auch, langsam zwar, immer mehr zu diesem Standpunkte. Erzählt man noch vom alten Driver, dass er seinen Patienten ein Fläschchen Kognak mitgab mit der Weisung, einen Schluck zu trinken, wenn sie froren — und sie froren dann unausgesetzt — und weiss man vom entschlafenen Falkenstein, dass es die Hochburg des Kognakgenusses war, so sieht die Sache jetzt doch anders aus. Von den Privatanstalten ist allerdings meine Heilanstalt Waldhof Elgershausen die einzige alkoholfreie. Ihr zur Seite tritt jetzt noch die der Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz gehörige Heilstätte Ronsdorf. Aber wir haben doch unter den deutschen Kollegen ein ganze Anzahl Gesinnungsgenossen, die mit mehr oder weniger Energie unsern Standpunkt verfechten. In der Schweiz, in Amerika (Trudeau im Adirondack Cottage Sanitarium), in Ungarn (Kuthy im Kaiserin Elisabeth Sanatorium) und in den Skandinavischen Ländern ist man uns freilich vorangegangen. Wir wissen, wir werden die Kranken nicht zu Abstinenten machen. Aber wir sagen: Alles was man ihnen hier bietet, ist gut, ist ein praktischer Kurs im „So sollt Ihr leben!" Dazu gehört nicht das Geben von Alkohol. Trinken sie draussen in der Dorfkneipe, so sollen sie wenigstens mit oder ohne Gewissensbisse fühlen, dass sie etwas Verbotenes, vom Arzte Widerratenes, Ungesundes, Schädliches tun.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Und die Belehrung der Patienten, unterstützt durch das eiserne Vorbild wirkt doch, wirkt mehr, als der Fernstehende glaubt. Ich habe an anderem Orte [27]) eine Anzahl von Briefstellen veröffentlicht, in denen Patienten mir später ihre Meinung über die Alkoholfrage schrieben. Nur ein paar Proben sollen hier wiederholt werden.

Schneider-Berlin: „Der Alkohol war niemals mein Freund und nur daher existiere ich noch, bin in der Lage, bessere Wohnung zu haben und Geld zu sparen". Vorher: „Seit zwei Jahren in Verzweiflung im Kampfe ums Dasein zu Nähnadel und Nähmaschine gegriffen".

Maschinenputzer-Flörsheim: „Auch habe ich mich vom Alkohol, seit ich in Ihrer Anstalt war, abgewandt. Ich wäre heute vielleicht nicht mehr unter den Lebenden, hätte ich Ihren Vorträgen nicht gefolgt. Auch fühle ich mich kräftiger als früher. Wie wohl wäre jedem, wenn er davon liesse. Ich bin Ihnen daher noch vielen Dank schuldig. Auch können Sie meinen Namen veröffentlichen, ich habe nichts dagegen".

Tischler-Berlin: „Seit dem Verlassen Ihrer Heilanstalt trinke ich weder Bier noch Schnaps und fühle mich dabei sehr wohl und habe nicht eine Stunde wegen Krankheit die Arbeit versäumt. Bemerken möchte ich noch, dass ich in einer Tischlerei arbeite, worin wir 20 Mann sind. Früher kamen jeden Morgen zwei Budiker mit Schnaps und Bier, jetzt kommt nur noch ein Milchmädchen, welches für zwölf Mann Milch bringt."

Als ich vor 12 Jahren hier über den Zusammenhang zwischen Alkohol und Tuberkulose sprach, musste ich einfach die bekannten Tatsachen aus dem Gebiete der Alkoholfrage heranziehen und auf die Tuberkulose spezifizieren.

Jetzt haben sich die Verhältnisse merklich verschoben. Wir legen bei der Propaganda gar nicht mehr so grossen Wert auf die Schilderung der Wirkung des Alkohols auf die einzelnen Organe usw. Es ist eine grosse soziale Frage geworden und als Hauptgegner steht uns ein egoistisches Alkoholkapital gegenüber. Und das Neue in unserer Frage? Eine ganze Reihe spezifischer Punkte gibt es jetzt bekannt zu machen, die zum Teil, ich wiederhole, im einzelnen vielleicht nicht durchschlagende Beweiskraft haben, die aber in ihrer Häufung und mit sozialem und etwas philosophischem Auge betrachtet dem denkenden Beobachter es zweifellos sein lassen, dass ein enger, nur zu enger Zusammenhang zwischen Alkohol und Tuberkulose besteht.

Die Wissenschaft forscht weiter, bis in die feinsten Züge hinein; denken Sie an das über Opsonine Gesagte. Sie wird immer wertvolleres Material sammeln. Aber die praktischen Fragen wird sie allein dann doch nicht lösen können. Dazu gehört neben den Offizieren der Wissenschaft die Armee der Laien, die weniger mit feinen Untersuchungen, mit peinlichen Beobachtungen oder dergl. arbeiten will, sondern die, wenn ihr der klare Menschenverstand einmal gesagt hat, dass die Offiziere mit ihren Darlegungen Recht haben, dass es sich um eine rechte, gute

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Sache handelt, das Herz mitsprechen lässt und so eine warm begeisterte Truppe im grossen Kampfe gegen den doppelten Volksfeind bildet. Das Herz ist bei unserer Besprechung ziemlich kurz weggekommen. Wir wollen es darum beim Schlusse auf dem rechten Flecke haben und jeder uns als Mitkämpfer gegen den doppelten Volksfeind im Stillen angeloben [28]).

Literatur.

1. Liebe, Alkohol und Tuberkulose. Osianders Verlag. Tübingen 1899. Preis 1 M.
2. s. Liebe a. a. O. (Anm. 1) S. 14.
3. Münchener Med. Wochenschr. Nr. 4, 1908, S. 204.
4. s. W. Holzmann, Archiv f. Psychiatrie XLV, 1909.
5. Zeitschr. f. Tuberkulose XIII S. 209.
6. Reichlin, Annali del manicomio provinziale di perugia II 1908/9.
7. Strebel, Archiv f. Licht 1899. S. auch Liebe, Weiteres über Alkohol und Tuberkulose. Der Alkoholismus I, 1, S. 153.
8. Internat. med. Krongress zu Budapest 1909. S. Internat. Zentralblatt f. d. ges. Tuberkuloseforschung IV S. 281.
9. Ebenda I S. 63.
10. Zeitschr. f. Tuberkulose XV S. 82.
11. Internat. Zentralblatt (s. Anm. 8) III S. 517.
12. Preuss. statist. Amt 1884—1893.
13. Henschen, On the relation between Alcoholism and tuberculosis. Tuberkulosis VIII S. 425 ff.
14. Ebenda VIII S. 169 ff. — Taussig veröffentlicht gleiches über Böhmen. Prager med. Wochenschr Nr. 3—5, 1908.
15. Zeitschr. f. Tuberkulose XIII S. 177.
16. s. ebenda XIII S. 1.
17. Amer. Journ. of Inebriety 1907 (zit. nach Holitscher, Alkohol und Tuberkulose. Prager med. Wochenschr. Nr. 11—12, 1906, u. 11, 1908).
18. Zeitschr. f. diätet. u. physikal. Therapie XIV S. 244.
19. Münchener med. Wochenschr. Nr. 4, 1908, S. 204.
20. s. Liebe a. a. O. (Anm. 7) S. 155.
21. Greeff, Dtsch. med. Wochenschr. Nr. 15, 1910. Hierzu macht jetzt v. Bunge aufmerksam, dass die Untersuchungen von Greeff über Alkoholismus, Stillfähigkeit, Lungentuberkulose und Zahnkaries deshalb ganz untauglich sind, über den Einfluss des väterlichen Alkoholismus auf die Entartung der Nachkommenschaft beweisende Tatsachen zu liefern, weil Greeff darauf verzichtet hat, den Grad des Alkoholgenusses der Eltern zur Zeit der Zeugung der Tochter zu erheben. Aus diesem Grunde kann von einem „Widerspruche“ der Greeffschen Untersuchungen zu denen v. Bunges nicht gesprochen werden; da sie sich in dem wichtigsten Punkte nicht mit ihnen decken, können sie auch nicht mit ihnen in Beziehung gebracht werden.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

22. Dieser und die nächstgenannten Vorträge wurden zur gleichen Versammlung in Düsseldorf gehalten.

23. Was in derselben Versammlung mitgeteilt wurde.

24. Österreichische Ärztezeitung.

25. Archiv f. physikal.-diätet. Therapie X S. 364.

26. Es wurde hier darauf hingewiesen, dass Pollard sich gegen die Einführung seines Systems in Deutschland ausgesprochen habe, da dazu Richter nötig seien, die für die Alkoholfrage Verständnis haben und mit gutem Beispiele in der Enthaltsamkeit voraugehen.

27. Brauers Beiträge zur Klinik der Tuberkulose V. 3.

28. Vergl. ausser den angeführten Arbeiten: Liebe, Alkohol und Volksheilstätten. Int. Monatsschr. Nr. 12, 1900. — Liebe, Alkohol und Tuberkulose III. Der Alkoholismus II. Heft 3. — Liebe, Herz und Alkohol. Int. Monatschr. Nr. 8 1904. — Liebe, Der Alkohol als Heilstättenstreitfrage. Med. Reform Nr. 49, 1906. — Alkohol und Tuberkulose. Die Alkoholfrage IV 4.

Generated on 2019-12-14 17:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA

Das städtische Säuglingsheim in Dresden im Jahre 1909.

Dem Verwaltungsbericht über das städtische Säuglingsheim auf das Jahr 1909 ist folgendes Wesentliche zu entnehmen: Der Anstaltsbetrieb wurde im Berichtsjahre in derselben Weise fortgeführt, wie in den Vorjahren. Während aber die Zahl der Verpflegten von 599 im Vorjahre auf 612 im Berichtsjahre stieg, verminderte sich die Zahl der Pflegtage von 18457 auf 18150. Die durchschnittliche Verpflegdauer gestaltete sich dadurch günstiger. Sie betrug im Vorjahre 30,81, im Berichtsjahre aber nur 29,66 Pflegtage. Die Zahl der Verpflegten setzte sich zusammen aus 308 (329) Kindern ehelicher und 304 (270) Kindern ausserehelicher Herkunft. Nicht unwichtig ist, dass die Ausgaben beim Säuglingsheim, auf den Pflegetag berechnet, sich nur um ein Geringes höher standen, als bei dem allgemeinen Krankenhause Dresden-Johannstadt, dessen Verwaltung auch das Säuglingsheim unterstellt ist. Sie betrugen beim Säuglingsheim im Berichtsjahre 4.20 M. (1908: 4.04 M., 1907: 4 M.), beim Krankenhause Johannstadt 4.11 M. (1908: 3.61 M., 1907: 3.48 M.) für den Pflegtag. Zahlreiche Anfragen gingen auch im Berichtsjahre von nah und fern ein. Sie bezogen sich entweder auf die Einrichtungen der Anstalt oder auf die Betriebsergebnisse, oder aber sie bezweckten die Überlassung von Schwestern, Kinderpflegerinnen, Ammen usw. Es scheint vielfach die Meinung vorzuherrschen, als ob das Säuglingsheim sich auch die Ausbildung und Unterbringung von Kinderpflegerinnen oder -Wärterinnen im gewöhnlichen Sinne, beziehungsweise von Kindergärtnerinnen, zur Aufgabe gemacht habe. Das ist ein Irrtum. Die Ausbildung der jungen Mädchen bezieht sich vorwiegend auf die Behandlung der kranken Kinder und auf Ernährungsfragen, in der Hauptsache also von Säuglingsschwestern. Nach Beendigung der Ausbildungszeit gehen die Schwestern meist in feste Stellungen in ähnlichen Anstalten, oder sie begeben sich wieder ins Elternhaus zurück. Dagegen gehört die vorübergehende Überlassung von Schwestern an Familien usw. in besonderen Fällen, namentlich Krankheitsfällen, mit zu den Aufgaben der Anstalt. Eine solche

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Überlassung hat auch im Berichtsjahre wiederholt stattgefunden; in dem einen Falle wurde eine Schwester sogar nach Agram in Kroatien zur Einrichtung einer Säuglingskrippe beurlaubt.

Interesse für die Anstalt wurde durch verschiedene Zuwendungen wiederum bekundet. Es gingen nicht nur Barbeträge, sondern auch Ausstattungsgegenstände und sonstige Bedürfnisse ein.

Der im Jahre 1908 begründete Anstaltsfonds, dessen Erträgnisse zur Deckung der Ausgaben mit verwendet werden, ist im Berichtsjahre durch freiwillige und bestimmungsgemässe Zuwendungen auf beinahe 14000 M. angewachsen.

Die Anstalt wurde auch im Berichtsjahre von in- und ausländischen Ärzten, sowie von sonstigen Personen häufig besucht.

Die Verwaltung hatte bei ihrer Geschäftserledigung 2300 Eingänge und 2650 Ausgänge (Beantwortungen, Mitteilungen, Anfragen, Bestellungen, Anträge usw.) zu verzeichnen.

Den Schülerinnen-Unterricht erteilte im Berichtsjahre wiederum der leitende Oberarzt Herr Dr. Rietschel. Am Unterricht beteiligten sich 21 Schülerinnen bis zum Ablauf der Lehrzeit und 5 Schülerinnen bis zu ihrer Entlassung. Mit Ausnahme der vorzeitig abgegangenen 5 Schülerinnen unterzogen sich sämtliche Schülerinnen einer Prüfung, die sie mit gutem Erfolg bestanden.

Ausserdem wurden noch Unterrichtskurse für Frauen und Mädchen zur Aufklärung und Erziehung von Mädchen und Müttern in der Fürsorge für Säuglinge abgehalten. Sie hatten sich eines guten Zuspruchs, namentlich aus bemittelteren Familien — weniger, aus unbemittelten trotz der Unentgeltlichkeit des Unterrichts für diese — zu erfreuen.

Im Berichtsjahre wurden 144 (131) junge Mütter, die sich zum Ammendienst meldeten, angenommen. Davon wurden 5 (6) zur Einstellung als Hausammen für geeignet befunden, 89 (89) durch die Anstalt in Privatstellungen untergebracht, während 44 (36) die Anstalt teils wegen Krankheit, teils wegen Untauglichkeit oder aus sonstigen Gründen verliessen.

Die an Familien abgegebenen 89 Ammen wurden in folgenden Orten untergebracht: Aue, Arnstadt, Bautzen, Beinsdorf, Berchtesgaden, Berlin, Bischofswerde, Blasewitz, Breslau, Charlottenburg, Chemnitz, Döschütz, Dresden, Fulda, Schloss Gaussig, Gera, Grossenhain, Güntersberge, Halle, Hochweitzschen, Heyerswerda, Ilfeld, Jena, Kötzschenbroda, Leipzig, Leisnig, Lichtenstein, Lobositz, Loschwitz, Marienberg, Meissen, Mügeln, München, Neschwitz, Oederan, Pirna, Potsdam, Reichenberg, Rumburg, Sebnitz, Teplitz, Wilmersdorf, Wiesenbad und Zwickau. Einer grösseren Anzahl Nachfragen konnte nicht entsprochen werden, weil die Nachfragen das Angebot erheblich überstiegen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Von dem Rechte, das Kind von der Anstalt aus in Ziehpflege geben und es fortgesetzet von ihr überwachen zu lassen, machten 42 Ammen (47) Gebrauch. Die von den Müttern an die Anstalt zu zahlenden Ziehgelder betrugen 4007.95 M. gegen 3041.35 M. im Vorjahre. Die Ziehkinder werden nach erfolgter Abstillung in eine von dem Ziehkinderamt und vom Säuglingsheim kontrollierte Aussenpflege gegeben. Die Pflegeparteien stellt meist das Ziehkinderamt zur Verfügung. Die Ziehmutter muss wenigsten 6 monatlich einmal mit dem Pflegling in die Anstalt kommen, um sich ihr Ziehgeld, das die Amme oder die Herrschaft nicht an die Pflegfrau, sondern an das Heim zahlt, abzuholen; dadurch wird erreicht, dass sicher jeden Monat einmal das Kind ärztlich kontrolliert wird; nach Befinden muss sich die Ziehfrau mit dem Kinde aber auch öfter vorstellen. Eine der älteren Schwestern hat die Aufgabe, alle 14 Tage etwa, sich durch persönlichen Besuch von den häuslichen Verhältnissen der Ziehfrau zu überzeugen. Erschienen ihr die Verhältnisse ungeeignet, so wird nach Einverständnis mit dem Arzte das Kind in eine andere Ziehpflege gegeben.

Das Personal bestand am Jahresschlusse aus 1 Oberarzt, 1 Hilfsärztin, 1 Oberschwester, 7 Schwestern, 14 Lehrschwestern, 1 Hausamme, 5 Durchgangsammen (d. h. solchen, die nach mehrwöchigem Aufenthalt in der Anstalt an Familien abgegeben werden), 10 sonstigen Beamten und Bediensteten. Der Herkunft nach waren von den Schwestern und Schülerinnen 1 aus Borna, 1 aus Bielefeld, 1 aus Buchholz im Erzgebirge, 2 aus Dresden, 1 aus Elbing, 1 aus Bad Elster, 1 aus Gera (Reuss), 1 aus Grevismühlen i. M., 2 aus Hirschberg in Schl., 1 aus Landsberg a. Warthe, 1 vom Kammergut Laasen bei Gera (Reuss), 2 aus Leipzig, 1 aus Malchhow i. M., 1 aus Marne in Schleswig-Holstein, 1 aus Olbernhau, 1 aus Aschersleben a. d. Bode, 1 aus Rhinow, 1 aus Stargard und 1 aus Wagelwitz.

Die Kranken- und Ammenkinderbewegung war folgende:

	Kranke Pfleglinge			Ammenkinder						Zahl der Verpflegten überhaupt		
				kranke			gesunde					
	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.
Bestand am 1. Jan. 1908 .	21	9	30	1	—	1	3	3	6	25	12	37
Zugang 1909.	241	179	420	14	6	20	71	64	135	326	248	575
zusammen . . .	262	188	450	15	6	21	74	67	141	351	261	612
Abgang 1909	246	169	415	15	6	21	70	63	133	331	238	569
Bestand am 31. Dez. 1909	16	19	35	—	—	—	4	4	8	20	23	43
Unter den Abgängen waren Todesfälle	17	55	132	3	2	5	—	—	—	80	57	138

137 Todesfälle sind = 22,39% der verpflegten Pfleglinge und kranken Ammenkinder.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Von den im Jahre 1909 verpflegten 450 kranken Kindern (abgesehen von den Ammenkindern), kamen 373 aus Dresden und 77 von auswärts.

In den ersten drei Tagen nach der Einlieferung starben 47 (36) Kinder, davon 46 im Alter von 0 bis 1 Jahr, 1 im Alter von über 1 Jahr. Es geht hieraus hervor, dass die Kinder zum grossen Teil zu spät in die Anstalt gebracht werden.

Die Sterblichkeit in der Anstalt war in den Vorjahren folgende:

	insgesamt	Sterbefälle in den ersten drei Tagen nach der Einlieferung.
1900	31,9%	19,2%
1901	28,2%	15,6%
1902	25,6%	15,8%
1903	26,2%	14,7%
1904	22,9%	14,9%
1905	27,4%	18,1%
1906	22,6%	11,6%
1907	20,9%	11,0%
1908	18,2%	9,9%

Pflegetage und Tagesbestände waren folgende zu verzeichnen:

	Kranken-pflegtage	Ammenkinder		Pflegtage überhaupt	Pflegtage auf den Kopf der Verpflegten	Tagesbestand		
		bezahlte Pflegtage	freie Pflegtage			höchster	niedrigster	durchschnittlicher
1907	11 690	2959	2101	16 750	38,6	62	27	45,89
1908	14 220	2110	2127	18 457	30,8	64	36	50,43
1909	13 661	2310	2176	18 150	29,7	64	36	49,73

Die Walderholungsstätte wurde auch im Berichtsjahre in Betrieb gesetzt, und zwar war sie in der Zeit vom 3. Juni bis 14. September geöffnet. Es wurden in 104 (98) Tagen dort insgesamt 34 (40) Kinder mit zusammen 1020 (1029) Pflegetagen verpflegt. Es waren dort tätig 2 Schwestern, 1 Amme, 1 Hausmädchen.

Die Beratungsstelle der Anstalt wurde lebhaft in Anspruch genommen. Sie hat die Aufgabe, Müttern bei der Ernährung und Pflege ihrer Kinder Rat zu erteilen, das kranke Kind aber nicht zu behandeln, sondern dem Artzt oder der Poliklinik bzw. der Anstalt zu überweisen. Die ärztliche Kontrolle wurde durch die Assistenten der Anstalt ausgeübt. Die Zahl der Beratungsfälle, d. h. der zugegangenen Kinder, betrug 339 (446); darunter befanden sich 30 (38) Ammenziehkinder. Über die Ernährungsverhältnisse dieser Kinder sei erwähnt, dass beim Eintritt in die Beratung nur mit Brust genährt waren 43 (11) eheliche, 3 (0) uneheliche Kinder.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Nur mit Flasche genährt waren 60 (96) eheliche, 16 (28) uneheliche; 1 Monat Brust erhielten 42 (109) eheliche, 21 (32) uneheliche; über 1 Monat bis 3 Monate Brust erhielten 44 (53) eheliche, 17 (1) uneheliche Kinder; länger als 3 Monate Brust erhielten 15 (42) eheliche, 4 (7) uneheliche Kinder. Bei 44 Kindern war die Stilldauer nicht zu ermitteln.

Von den zur Beratung gebrachten Kindern wurden 42 ins Heim aufgenommen. Auch im Berichtsjahre konnten einige Mütter, die aus irgend einem Grunde ihrem Kinde die Brust nicht geben oder nicht länger geben wollten, dazu gebracht werden, ihr Kind weiter zu stillen.

Der Verkauf von Kindernahrung aus der Milchküche hat sich im Berichtsjahre auf ziemlich gleicher Höhe wie im Vorjahre gehalten. Es wurden 23075 Einzelportionsflaschen (23000) und 55 Büchsen in Pulverform an Private und 4453 Flaschen an das Stadtkrankenhaus Johannstadt, zusammen demnach 27528 Einzelportionsflaschen und 55 Büchsen verkauft. An die Krankenstationen des Heims wurden 42127 Flaschen (60000) abgegeben. Der Erlös für die verkaufte Kindernahrung belief sich auf 2223.63 M. (2500.90 M.); der Einnahmerückgang beruht auf der eingetretenen Preisermässigung.

Da für Herstellung der Nährpräparate 6380.79 M. verausgabt worden sind, so ist der zwischen der Einnahme und dieser Ausgabe liegende Betrag von 4157.16 M. als derjenige Aufwand anzusehen, der für Pfleglinge der Anstalt gebraucht worden ist (neben 35844 M. für Beköstigung).

Über die finanziellen Ergebnisse ist folgendes zu bemerken:

Die Pflegekosten betrugen:

in der ersten Pflegklasse		10.— M. für den Tag,			
„ „ zweiten	„	6.— „ „ „ „			Sonderkranke
„ „ dritten	„	3.— „ „ „ „			
„ „ vierten	(allgem. Klasse)	2.40 „ „ „ „	für	Auswärtige	
		1.80 „ „ „ „	„	Hiesige	

Die Pflegsätze in der vierten Klasse wurden mit denjenigen in den städtischen allgemeinen Krankenhäusern in Übereinstimmung gebracht.

Bei diesen Sätzen handelt es sich nur um kranke Kinder. Die Kinder der Haus- und Durchgangsammen werden solange frei verpflegt, bis die Mutter in Stellung geht bzw. in der Anstalt angestellt wird. Sobald die Mutter in Stellung, das Kind aber noch nicht bei einer Ziehfrau untergebracht ist, beträgt der von der Mutter zu zahlende Pflegsatz 65 Pf. täglich, oder 20 M. monatlich.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Für die erzielten 18150 Pflegtage waren insgesamt 27904.60 M. zu berechnen, worauf bezahlt wurden:

2336.— M. von den Verpflegten der I. und II. Pflegklasse,
2163.— „ „ „ „ „ III. „
9883,14 „ „ „ „ „ IV. „ sowie von städtischen Anstalten, den Land- und auswärtigen Ortsarmenverbänden,
2901.10 M. von der Krankenkasse,
1496.30 „ aus der Ziehkinderkasse,
829.30 „ von den Freistellen,
37.— „ vom Stadtkrankenhausfonds,
6105.96 „ vom hiesigen Ortsarmenverbande

25751.80 M. zusammen (24393.57 M. i. V.).

Die Einnahmen überhaupt stellten sich wie folgt:

25751.80 M. Pfleggelder,
458.99 „ Erträgnisse aus dem Anstaltsfonds,
4631.68 „ Ammenvermittelungsgebühren,
2223.63 „ Verkauf von Kindernahrung,
1585.45 „ Vermischte Einnahmen

34651.55 M. zusammen.

Über die Ausgaben und ihre Verteilung auf den Pflegtag gibt die nachfolgende Übersicht Auskunft.

Gegenstand	Gesamtaufwand		Davon für: Sonderkranke I. bis III. Pflegklasse		Kranke IV. Pflegklasse und Ammenkinder		Aufwand für den Tag und Kopf: Sonderkranke	gewöhnliche Kranke und Ammenkinder
	ℳ	₰	ℳ	₰	ℳ	₰	₰	₰
a) Persönlicher Aufwand.								
Besoldungen und Löhne des ärztlichen, Pflege-, Heizer- und Küchenpersonals, der Ammen usw.	18 663	72	2 965	67	15 698	05	275,88	91,44
Beköstigung der Hilfsärzte u. des sonstigen Personals	17 712	01	2 814	44	14 897	57	261,81	87,25
Beköstigung der Säuglinge	4 514	60	717	53	3 798	07	66,75	22,23
Entschädigung für Wäschereinigung	4 527	60	719	44	3 808	16	66,92	22,30
Häusliche Bedürfnisse . .	885	63	140	73	744	90	13,09	4,36
Feuerung	2 495	44	396	53	2 098	91	36,89	12,29
Beleuchtung	3 742	99	594	76	3 148	23	55,33	18,44
Arzneimittel u. Verbandstoffe	3 680	83	584	88	3 095	95	54,41	18,13
Wasserverbrauch	428	20	68	04	360	16	6,33	2,11
zusammen a . .	56 652	02	90 020	24	76 50	00	827,41	279,95

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Gegenstand	Gesamtaufwand		Davon für Sonderkranke I. bis III. Pflegklasse		Kranke IV. Pflegklasse und Ammenkinder		Aufwand für den Tag und Kopf Sonderkranke	gewöhnliche Kranke und Ammenkinder
	ℳ	₰	ℳ	₰	ℳ	₰	₰	₰
b) Allgemeiner Aufwand.								
Bekleidung, Wäsche, Lagerstätten	1 517	53	2 41	14	1 276	39	22,43	7.48
Möbel und Instrumente	2 088	23	3 31	82	1 756	41	30,87	10,29
Kanzleiaufwand	557	85	88	64	467	21	8,25	2,75
Gebäude u. Betriebsanlagen	1 528	88	2 42	94	1 285	94	22,60	7,53
Laboratorium	2 042	89	3 24	62	1 718	27	30,20	10,06
Bibliotheksbedürfnisse und Zeitschriften	641	47	1 01	95	532	52	9,48	3,26
Versicherung d. Bediensteten	1 067	79	1 69	67	898	12	15,78	5,26
Mietzins	8 500	00	13 50	65	7 149	35	125,64	41,87
Allgemeines	1 664	41	2 64	47	1 399	94	24,60	8,20
zusammen b	19 609	05	3 115	90	16 493	15	289,85	96,60
a u. b zusammen	76 261	07	12 117	92	64 143	15	1 127,26	375,65

Abschluss.

Ausgabe	76 261.07 ℳ	78484.70 ℳ
Hierzu ausgeschiedener Betrag für Milchverkauf	2 223.63 „	
Zuschuss aus der Stadtkasse	43 833.15 ℳ	
gegen	44 285.34 „	i. Vorjahre
und	44 709.22 „	i. J. 1907.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Preisausschreiben.

Ein Freund der „Umschau“ hatte dieser Zeitschrift fünfhundert Mark zur Verfügung gestellt, und es wurde beschlossen, diese Summe zu einem Preisausschreiben zu verwenden über das Thema: **„Was kosten die schlechten Rassenelemente den Staat und die Gesellschaft?“**

Offenbar wegen der Schwere der Bedingungen war die Beteiligung an der Bewerbung ungenügend geblieben. Die unterzeichneten Preisrichter haben sich deshalb entschlossen, die Bedingungen für das Preisausschreiben wesentlich zu erleichtern, und Herr Prof. Bechhold hat durch eine Spende von M. 500.— den Preis **auf Tausend Mark** erhöht.

Der arbeitende, Werte schaffende Teil der Bevölkerung hat nicht allein sich selbst zu erhalten, sondern auch alle diejenigen, welche nicht arbeiten können oder wollen. Dadurch ist eine gewaltige Last auf seine Schultern gelegt. Von einem Teile dieser Last kann er niemals befreit werden. Stets wird die im Alter der Arbeitsfähigkeit stehende Generation in der Aufzucht der Jugend und in der Pflege des Alters der Gesamtheit die Kosten ihrer eigenen Aufzucht wieder erstatten müssen. Aber von einem sehr erheblichen Teile dieser Bürde könnten die Arbeitenden befreit werden. Denn nicht nur der Jugend und dem Alter müssen sie ihre Tätigkeit opfern, sondern auch der Erhaltung und Pflege der Kranken und Minderwertigen, welche zeitweilig oder dauernd zur Arbeit nicht befähigt oder nicht willig sind. Ungeheure Summen an Geld, Zeit und Arbeitskraft können erspart werden, wenn durch Verbesserungen des Milieus im weitesten Sinne (Tilgung der Ansteckungsgefahren, Beseitigung hygienischer Schädlichkeiten, sorgfältige Erziehung usw.) der Entstehung von Kranken, Krüppeln, Irren, Verbrechern, erwerbsunfähigen Armen usw. vorgebeugt wird.

Aber alle Anstrengungen zur Verbesserung der Umwelt versagen gegenüber der angeborenen, ererbten Kränklichkeit und Minderwertigkeit und eine volle Befreiung der Arbeitenden von vermeidbaren Lasten kann nur erreicht werden, wenn auch die Erzeugung von Kranken und Minderwertigen soviel als möglich verhindert wird. Sie sind nicht allein deshalb schädlich, weil sie nichts Nützliches schaffen, sondern auch weil sie vielfach unbewusst und bewusst Nützliches, Sachen und Personen, schädigen. Die Verminderung der Erzeugung von „Minusvarianten“ wird zu einer

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

immer gebieterischeren Forderung in unsrer Zeit, welche sich die Lebenderhaltung aller Geborenen immer gewissenhafter und erfolgreicher angelegen sein lässt.

In allen Veröffentlichungen, welche sich mit der Verbesserung unsrer Rasse beschäftigen, wird darauf hingewiesen, welche Unsummen der Staat, die Gemeinden und der Privatmann direkt und indirekt für Personen ausgeben müssen, die besser nicht geboren wären; wieviel Tausende tüchtiger Bürger, statt nützlicher Arbeit nachgehen zu können, sich diesen Personen als Wärter, Beamte, Ärzte usw. widmen müssen.

Leider liegen aber für diese Dinge bisher keine kritisch geprüften, zahlenmässigen Daten vor, die auf Grund eingehender statistischer Zusammenstellung aus einem kleineren oder grösseren Verwaltungsgebiete (Landkreis, Stadtkreis, Regierungsbezirk oder gar einer Provinz) gewonnen sind. Erst durch eine solche ziffernmässige Darstellung dürften weitere und zuständige Kreise von der hervorragenden Bedeutung dieser Frage überzeugt werden.

Deshalb wird ein Preis von Eintausend Mark ausgeschrieben für die beste Beantwortung der Frage: „Was kosten die schlechten Rassenelemente den Staat und die Gesellschaft?“ Es sollen zunächst die Gesamtkosten, welche die Minderwertigen (Kranke, Krüppel usw.) in einem grösseren Verwaltungsgebiete verursachen, ermittelt werden. Sodann soll, soweit das vorhandene Material dies erlaubt, der Anteil, welchen die angeborenen oder ererbte körperliche, geistige oder sittliche Minderwertigkeit an diesen Gesamtkosten der Kranken, Krüppel, Verbrecher, Erwerbsunfähigen usw. hat, festgestellt werden.

Die Herren Prof. Dr. Bechhold, Herausgeber der „Umschau“, Frankfurt a. M., Sanitätsrat Dr. A. Gottstein, Stadtrat, Charlottenburg, Obermedizinalrat Prof. Dr. v. Gruber, Direktor des Hygienischen Instituts der Universität München, haben sich bereit erklärt, das Preisrichteramt für die eingehenden Arbeiten zu übernehmen.

An der Preisbewerbung ist jeder berechtigt sich zu beteiligen, doch müssen die Bewerbungsarbeiten in deutscher Sprache eingereicht, oder es muss eine deutsche Übersetzung beigefügt werden. — Die Bewerber haben ihre Arbeit mit einem Kennwort oder einem Motto zu versehen, der Name des Bewerbers darf nicht auf der Arbeit angegeben werden. Eine verschlossene Briefhülle, welche den Namen des Bewerbers enthält, muss das gleiche Kennwort oder Motto als Aufschrift tragen.

Die Bewerbungen sind spätestens bis zum 31. Dezember 1911 einzureichen bei der Redaktion der „Umschau“.

Jeder wissenschaftlichen Untersuchung ist das Ergebnis in

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Form eines zusammenfassenden, die Allgemeinheit interessierenden Aufsatzes von ca. vier Druckseiten im Format der „Umschau“ der Preisbewerbungsarbeit beizufügen. Diese Zusammenassung soll baldmöglichst nach Verkündung des Preisrichterspruches in der „Umschau“ veröffentlicht werden, während das wissenschaftliche Material, welches als Unterlage dient, für sich in vollem Umfange publiziert werden soll. Der preisgekrönte, zusammenfassende Aufsatz geht in den Besitz der „Umschau“ über; das mit diesem preisgekrönte wissenschaftliche Material gelangt in den Besitz der „Umschau“, oder, falls diese es wünscht, derjenigen Stelle, welche die Veröffentlichung veranlasst.

Falls erforderlich, kann der Preis auch geteilt werden, oder, wenn der Fall eintreten sollte, dass keine der Arbeiten den Beifall der Preisrichter findet, so kann auch eine zu bestimmende Persönlichkeit aufgefordert werden, die Untersuchung in der gewünschten Richtung auszuführen. Diejenigen Arbeiten, welche nicht preisgekrönt sind, gehen nach Veröffentlichung des Preisrichterspruchs wieder in den unbeschränkten Besitz der Verfasser über, sofern nicht das Preisrichterkollegium das Material gegen eine Vergütung eines Teiles des Preises zur weiteren Verwendung wünscht.

Redaktion der „Umschau“.

Kongresse und Versammlungen.

Der VII. Internationale Kongress für Kriminalanthropologie

findet vom 9. bis 13. Oktober 1911 in Cöln a. Rh. statt.

Mit der Versammlung soll eine Ausstellung kriminal-psychologisch wichtiger Gegenstände (Anstaltsmodelle und -Pläne, Sicherungsmassregeln, Apparate zur Untersuchung Kranker, literarischer und sonstiger Arbeiten Kranker, Waffen und Ausbruchsinstrumente u. dgl.) sowie auch Gegenstände aus dem Gebiet der Polizeiwissenschaft verbunden werden.

Auskunft in Kongressangelegenheiten erteilt Prof. Aschaffenburg, Cöln-Lindenthal, Stadtwaldgürtel 30, in Ausstellungsangelegenheiten Stabsarzt Dr. Partenheimer, Cöln, Psychiatrische Klinik.

Anmeldungen zur Teilnahme sind zu richten an: Assistenzarzt Dr. Brüggelmann, Cöln, Psychiatrische Klinik.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Der XII. deutsche Kongress für Volks- und Jugendspiele

findet vom 1. bis 3. Juli in Dresden, im Festsaale der Hygiene-Ausstellung statt.

Vorträge werden halten: Geheimrat Prof. Dr. Zuntz, Berlin, über die Physiologie der Spiele und der Leibesübungen, und Turninspektor Möller, Altona, über die Frau und die Körperkultur. Ausserdem werden mannigfache Vorführungen auf dem Sportplatz der Ausstellung und Ausflüge in die Umgegend stattfinden.

Nähere Auskunft über die Tagesordnung wird erteilt vom Geschäftsführer des Zentral-Ausschusses, Hofrat Professor H. Raydt in Leipzig, Lohrstrasse 3/5.

Die Jahresversammlung
des Vereins abstinenter Aerzte des deutschen Sprachgebietes

wird Freitag den 4. August d. J. in Dresden abgehalten werden. Über Einladung der Leitung der Internationalen Hygiene-Ausstellung wird der Verein im Ausstellungsgebäude tagen. Auf Grund der bereits vorliegenden Anmeldungen kann auf eine besonders stark besuchte und erfolgreiche Versammlung gerechnet werden. Die Veröffentlichung der Tagesordnung erfolgt demnächst. H.

Hauptversammlung
des „Deutschen Vereins für Knabenhandarbeit" in Posen.

In den Tagen vom 20. bis 22. Mai fand in Posen die Hauptversammlung des „Deutschen Vereins für Knabenhandarbeit" statt, die erste der Tagungen, die im Zusammenhange mit der „Ostdeutschen Ausstellung" in Posen abgehalten werden sollen.

Mit dem Kongress war eine Ausstellung von Schüler- und Lehrerarbeiten verbunden, die zunächst den Stand des Handfertigkeits- und Werkunterrichts im Osten Deutschlands zur Darstellung bringen sollte, aber auch aus Sachsen (Dresden, Leipzig, Zwickau und Glauchau) gut beschickt war und ausserdem durch einen Teil der auf der Weltausstellung in Brüssel gezeigten Kollektivausstellung des preussischen Unterrichtsministeriums eine grosse Anziehung ausübte und reiche Belehrung bot.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Kleine Mitteilungen.

Einer der verdienstvollsten Förderer der Volks- und Jugendspiele und verwandter Leibesübungen in freier Luft, Professor Dr. Konrad Koch in Braunschweig, ist im April gestorben. Koch war wohl der erste, der englische Rasenspiele, wie Fussball und Kricket, in Deutschland einführte und dadurch den deutschen Jugendspielen erfolgreich vorarbeitete. Seinen Bemühungen ist es zu verdanken, dass an einzelnen Braunschweiger Schulen allgemein verbindliche Spielnachmittage eingerichtet wurden, durch welche die Schulspiele eine gesicherte Stellung im Lehrplan erhielten.

Literaturbericht.

Clevisch, Die Versorgung der Städte mit Milch. (Hannover 1909. M. & H. Schaper.)

Verfasser, welcher in seiner Eigenschaft als städtischer Tierarzt und namentlich als Leiter der Säuglingsmilchanstalt der Stadt Cöln über grosse eigene Erfahrungen verfügt, unternimmt es in dem vorliegenden Buche, für das Problem der Versorgung der Städte mit Milch gesicherte Unterlagen zu schaffen, um den beteiligten Kreisen für ihre Weiterarbeit die Wege zu weisen. Wenn er dabei hauptsächlich die Cölner Verhältnisse berücksichtigte und zugrunde legte, so geschah dies, weil er zunächst nur für Cöln und wenige andere Städte zuverlässiges Material beschaffen konnte.

Mit Recht betont Verfasser in der Einleitung zunächst die hohe Bedeutung, welche der Milch bei der Versorgung der Städte mit Nahrungsmitteln vom Standpunkt der Volkswirtschaft und Gesundheitslehre zukommt. Wird doch — was leider noch nicht allgemein genug bekannt ist — die Menge der im Deutschen Reich erzeugten Milch auf rund 25,5 Milliarden Liter, ihr Wert auf 2,1 Milliarden Mark geschätzt, während der Wert der aus dem Ausland eingeführten Milch und Milcherzeugnisse immerhin noch auf 50 bis 70 Millionen Mark berechnet wird. Diese Zahlen werden noch imponierender, wenn man sie mit anderen Einnahmequellen vergleicht.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Nach den Ermittelungen der Deutschen Landwirtschaftsgesellschaft betrug pro 1906 der Wert

der deutschen Milcherzeugung	2642	Millionen	Mark
„ gesamten deutschen Brotgetreideernte (Weizen und Roggen)	2253	„	„
„ Kartoffelernte	875	„	„
„ Zuckerproduktion	418	„	„
„ Spiritusgewinnung	94	„	„
des Braugewerbes	1120	„	„
der Staats- und Privateisenbahnen (pro 1905)	2437	„	„
„ Bergwerkserzeugnisse (mit Steinkohlen)	1417	„	„
„ Hüttenerzeugnisse	264	„	„

Der Milchverbrauch schwankt dabei in den einzelnen Städten bedeutend, und zwar nach Beukemann von 55,4 (Myslowitz, Oberschlesien) bis 181,1 Liter (Freiburg i. Br.) pro Kopf und Jahr. Für Cöln gibt Verfasser 131,4 Liter an. Während aber z. B. die Versorgung der Städte mit Fleisch durch die Einführung der Schlachthöfe schon seit Jahren geregelt ist, ist das Problem der städtischen Milchversorgung bis jetzt noch unvollkommen gelöst. Die Schwierigkeiten liegen zum grossen Teil in der Eigenart der schnell verderbenden Milch. Verfasser skizziert die Vorschläge verschiedener Autoren (wie Gauert, Hillmann, Martiny, ungenannt, A. Schmid, C. Schwarz, Poetter, Helm).

Um bezüglich der beiden gegensätzlichen Grundprinzipien Zentralisierung oder Dezentralisierung weiterzukommen, macht Verfasser den Vorschlag, die Frage der Milchversorgung der Städte zunächst auf indirektem Wege zu versuchen, indem für verschiedene Städte Erhebungen in gleicher Art wie bei vorliegendem Buche gemacht und von einem Reichsmilchamt (nach Art der Helmschen Milchämter) bearbeitet würden.

Würde Zentralisierung des Milchverkehrs etwa in Form eines Milchhofes in einer Stadt die Kontrolle wesentlich erleichtern, so gestatte die Dezentralisierung andererseits ein wirtschaftlicheres Arbeiten. Doch könnten auch durch Errichtung mehrerer Milchzentralen in einer Stadt einerseits durch Händler, andererseits Produzenten gute Leistungen erzielt werden. So könnte auch Monopolisierungsversuchen vorgebeugt werden. Bei der Beschaffung des sehr schwierig erhältlichen statistischen Materials wurde Verfasser durch die Stadt (Beigeordneten Dr. med. Krautwig) und Gesundheitspolizei bezüglich der auf dem Landweg erfolgenden Milchzufuhr unterstützt. Als bedauerlich bezeichnet Verfasser das Fehlen von amtlichen Preisnotierungen in den Städten für die Milch, wie z. B. solche für Brot und Fleisch existieren. Eine einmalige

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Preisfeststellung für die Milch pro Jahr hält Verfasser für ausreichend.

Von grösstem Interesse sind die Zahlen, die Verfasser auf Grund genauer Zählungen für den täglichen Milchbedarf der Stadt Cöln ermittelt hat:

I.	Milchproduktion in der Stadt Cöln rund	40000 Liter	(23,78 %)
II.	Milchzufuhr auf dem Landwege rund	43047 „	(25,60 %)
III.	Milchzufuhr durch die Bahn		
	a) Königliche Eisenbahn	70155 „	(41,72 %)
	b) Cöln-Bonner Kreisbahnen:		
	α) Vorgebirgsbahn 5400 = 3,21 %	Sa. 8000 „	(4,76 %)
	β) Rheinuferbahn 2600 = 1,55 %		
	c) Vorortbahnen der Stadt Cöln . .	5800 „	(3,45 %)
IV.	Milchzufuhr per Schiff	1760 „	(0,69 %)
		täglich Sa. 168162 Liter	

Die Milchproduktion in der Stadt selbst betrifft hauptsächlich Milchkuranstalten für Kur- und Kindermilch, welche als Vorzugsmilch bessere Preise erzielen. Fast durchweg werde zur Erzielung von Vorzugsmilch Kraftfutter (bis 12—18 Pfd. pro Kopf und Tag) verfüttert, so dass es sich schon um teilweise „Trockenfütterung" handelt. Als Tierarzt spricht sich Verfasser gegen die Trockenfütterung aus wegen des zu engen Nährstoffverhältnisses, weil eine Reihe von Genussmitteln darin fehlt und die Kühe häufig Verdauungsstörungen zeigen, ohne damit die Trockenfütterung als Vorzugsmilch in den Augen der Laien herabsetzen zu wollen.

Die Milchzufuhr Cölns auf dem Landwege (meist Pferdefuhrwerk, auch mit Eselfuhrwerk) lässt noch manches zu wünschen übrig. Den (10- bis 20-Liter-) Kannen fehlt oft der Verschlussdeckel, für den das nicht staubdicht schliessende Messgefäss Ersatz bilden muss. Zu rügen (und von hygienischem Standpunkt unbedingt zu verwerfen, Ref.) ist das Mitnehmen von Küchenabfällen auf der Rückfahrt. Die nächste Produktionsstätte ist Kalk (1,3 km), die entfernteste Godorf (mit 13,1 km) Entfernung. Dabei wird die Milch von den nahewohnenden Produzenten dreimal täglich, von den entferntwohnenden nur einmal täglich angeliefert. Die Landwirte müssen sich dabei nach dem Wunsch der Konsumenten richten, welche Anlieferung am Vormittag verlangen, wobei den Landwirten durch diese Bedienung der Kundschaft viel Zeit verloren geht. Insofern ist Milchvertrieb durch Händler oder Genossenschaft für sie vorteilhafter.

Die Milchzufuhr durch die Bahn erfolgt von 49 Stationen (eine davon in Westfalen). Die nächste Station ist Cöln-Longerich (6 km von Cöln-Nippes), die entfernteste Legden i. W. (164 km

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

bis Cöln-Gereon). Mit Recht hebt Verfasser die Wichtigkeit der Milchkühler hervor (in München ist durch Polizeiverordnung bestimmt, dass die auf Bahnhof München eintreffende Milch nicht mehr als 20° Celsius haben darf[1]). Durch die Eisenbahnfracht wird die Milch nach Verfasser höchstens mit 1.7 Pf. pro Liter belastet.

Die Milchzufuhr durch das Schiff ist so gering (1160 Liter), dass sie kaum in Betracht kommt.

Verfasser betont sehr mit Recht, dass die im Milchverkehr bestehenden Mängel dringend der Abhilfe und Verbesserung bedürfen. Solche erhofft er ausser von Belehrungen der Produzenten und Händler durch Erlass geeigneter Vorschriften, insbesondere Polizeiverordnungen. Selbst Cöln habe nur eine kleine Verfügung, während Solingen und München vorbildliche Vorschriften für den Milchverkehr besitzt. — Auf Grund mehrerer tausend Analysen des Cölner Nahrungsmitteluntersuchungsamtes meint er für den Cölner Bezirk 2,7 % Minimalmilchfettgehalt fordern zu dürfen (obwohl bei Fütterungsversuchen mitunter nur 2,5% nachweislich erzielt wurden). Mit Recht erklärt er aber die Festsetzung eines bestimmten Schmutzgehaltes und Säuregrades der Milch für erforderlich und erklärt sich gegen die Zulassung sogen. Halbmilch zum Marktverkehr, weil dadurch geradezu Milchfälscher erzogen werden. Mittelzahlen für das spezifische Gewicht liessen sich nur für einzelne Bezirke, nicht etwa die Provinz oder das Reich aufstellen. Auch die bakteriologische Untersuchung der Milch unter Berücksichtigung der Art der Keime sei in Erwägung zu ziehen und allmählich durchzuführen. Möglichst geringer Keimgehalt ist anzustreben. Besonders betont er die Wichtigkeit der Mastitis-Streptokokken.

In besonderen Kapiteln behandelt Verfasser die Milchproduzenten, bei denen er teilweise den alten vererbten Schlendrian zu rügen hat, die Rentabilitätsberechnungen über die Produktionskosten der Milch, Kontrolle am Produktionsorte, Milchgewinnung, Milchbehandlung usw. In letzterem Kapitel fordert er tierärztliche Kontrolle am Produktionsorte, Tilgung der Tuberkulose, Beachtung der Milchhygiene und Stallkontrolle durch die Milchverwertungsgenossenschaften, Aufklärung der Konsumenten, Reingewinnung der Milch, Wattefilter, Kühlung bei grösseren Entfernungen, am besten Tiefkühlung (ebenso bei Kinder- und Vorzugsmilch) nach Helm oder mit Kühlmaschinen. Nur prak-

1) Eine Bestimmung, die als ausserordentlich milde bezeichnet werden muss, da eine solche Milch schon in voller Durchsetzung ist. Ref.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

tisch durchführbare Massregeln sollen verlangt werden. — Weitere Kapitel sind den Milchhändlern gewidmet (wobei Verfasser die Überlegenheit des Grossbetriebes hervorhebt); der Cölner Meierei vereinigter Landwirte (13 Milchausschankhäuschen); den Missständen im Milchhandel; in der Milchzufuhr; der Versorgung der Stadt Cöln mit Kindermilch; der Deutschen Gesellschaft für gemeinnützigen Milchausschank (3 Milchausschankhäuschen in Cöln) und dem Milchmarkt.

Bei der Versorgung Cölns mit Kindermilch spielt die Hauptrolle die am 15. Juli eröffnete Säuglingsmilchanstalt der Stadt Cöln, welche im Schlachthofe untergebracht ist. Sie bezieht täglich ca. 1000 Liter Rohmilch aus vier Kuhbeständen in der Nähe Cölns. Tierärztliche Stallkontrolle; Wattefiltration; Tiefkühlung. Fettgehalt nicht unter 3 %, Säuregrad nicht über 8°. Alkoholprobe; Temperatur bei Einlieferung nicht über 8° Celsius. Prüfung auf Schmutz- und Keimgehalt. Drei Mischungen werden abgegeben. Preis der Tagesportion für Personen bis 2000 Mark Einkommen 22 Pf., für Bemittelte 60 Pf. Tagesproduktion ca. 5000 Flaschen. Über diese Einrichtung und über die Versorgung der Schulkinder mit Milch sind genauere Angaben gegeben.

Im Anhang sind ein Literaturverzeichnis, eine Zuschrift der Genossenschaft rheinischer Landwirte zur Versorgung der Stadt Cöln mit frischer Milch, die Polizeiverordnung für München betr. Verkehr mit Milch, do. von Cöln sowie statistische Tabellen und Tafeln des Verfassers beigegeben.

Im Schlusswort betont Verfasser, dass wir erst am Anfang der Forschungen von der Frage der Milchversorgung der Städte stehen. Mehr als bisher müssten dazu alle Faktoren und Kreise herangezogen werden, um auf den vorgezeichneten Wegen zum Ziele zu kommen. Das viele Details und Anregungen enthaltende Buch kann bestens empfohlen werden. Czaplewski (Cöln).

Meyer, Das Fernheizwerk der städtischen Krankenanstalten zu Essen a. d. Ruhr.

Im Rahmen eines kurzen Aufsatzes und lediglich durch Bildermaterial kann selbstredend keine ausführliche Beschreibung der bezeichneten Anlage gegeben werden. Das war auch nicht die Absicht der Firma als der Verfasserin. Sie wollte nur mit der Schrift auf die Anlage hinweisen und den bei dem engeren Wettbewerb um die Ausführung erzielten Erfolg durch Mitteilung an einen möglichst weiten Leserkreis geschäftlich ausnutzen, weshalb die Abfassung des Schriftchens in knapper, Interesse erweckender Form erfolgen musste und wobei auch ein Hinweis auf die sonst noch der Firma übertragenen ähnlichen Anlagen nicht fehlen durfte.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Diese Aufgabe ist der Firma gut gelungen. Das insbesondere den Nichtfachmann Interessierende an der Anlage ist kurz und treffend beschrieben, die Abbildungen sind zwar etwas stark verkleinert, lassen aber für den Fachmann Zweck und Anordnung der Apparate und Gegenstände bei Ansehung des Textes gerade noch erkennen. Das Papier ist schön, der Druck ausgezeichnet. Wer wie Verfasser dieses die Anlage in natura gesehen hat, wird das Heftchen zur Unterstützung des Gedächtnisses begrüssen.

Bezüglich des Inhalts des Schriftchens muss gleich auf der ersten Seite der Satz angemerkt werden, „dass das Fernheizwerk der städtischen Krankenanstalten zu Essen den Anstoss zur allgemeineren Einführung der Fernwarmwasserheizungen mit Pumpenbetrieb in Deutschland gegeben habe". Das ist nicht der Fall, denn zu derselben Zeit, als in Essen gebaut wurde, waren eine Reihe anderer Fernwarmwasserheizungen bereits in Projektierung begriffen, so für die städtischen Krankenhäuser in Barmen, Kiel, München und Düren, letzteres war ebenfalls schon im Bau. Auch die derzeit grösste Fernwarmwasserheizung des Kontinents, diejenige der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Bedburg (Cleve) stand in den Entwürfen bereits fest, ehe man in Düsseldorf wusste, dass in Essen auch eine Fernwarmwasserheizung gebaut wurde. Die Anregung zum Bau von Fernwarmwasserheizungen ging nicht von Essen aus, sondern sie kam vom Ausland und war bereits mit grossen Hoffnungen in Deutschland namentlich von den beamteten Heizungs-Ingenieuren aufgenommen worden. Es verdient ganz besonders hervorgehoben zu werden, dass es wiederum das Verdienst eines dieser Beamten, des städtischen Heizungs-Ingenieurs A. Karsten in Kopenhagen, ist, den Anstoss zur Anwendung der Pumpenwarmwasserheizungen nach Essener System gegeben zu haben und dass die Firma Zentralheizungswerke, Akt.-Ges. in Hannover, in Deutschland die erste war, welche die Einführung der Pumpenfernwarmwasserheizungen, namentlich zu Haarlem und Castricum in Holland und in Österreich-Ungarn in Kremsier, betrieben hat. „Wie es mit der Überlegenheit der Fernwarmwasserheizung über die Ferndampfheizung bestellt ist", das muss die Erfahrung noch lehren. Leider schweigt sich das Heftchen in dieser Hinsicht aus. Greifbare Zahlen fehlen zur Illustration der auch in anderen Kreisen erhofften Vorzüge, die namentlich die finanzielle Seite betreffen. Es wäre sehr dankenswert gewesen, wenn das Schriftchen mitgeteilt hätte, wieviel die Kosten der Erwärmung des Krankenhauses pro Krankenbett oder pro 100 cbm beheizten Raumes in dem letzten Winter betragen haben, oder wenn das nicht zu ermitteln war, wie hoch die Gesamtausgabe für Kohlen in der Anstalt für Heizung, Warmwasserversorgung, Koch- und Waschküche,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Desinfektion usw. pro Krankenbett im verflossenen Winter war. Solange diese Angaben fehlen, muss der Vorteil der Anlage, ja bei den Essener Verhältnissen sogar die Existenzberechtigung der Anlage in Zweifel gezogen werden; denn das Essener Werk verwertet Abdampf nur in verhältnismässig geringem Masse, indem es weder mit einem Elektrizitäts- noch Wasserwerk verbunden ist; Strom und Wasser werden dem Essener Krankenhaus von auswärts geliefert. Andererseits kann das Krankenhaus Dampf in erheblichem Masse nicht entbehren, z. B. für die Koch- und Waschküche und zur Desinfektion und Sterilisation. Hier war daher anstatt Fernwarmwasserheizung eher Dampfwarmwasserheizung angebracht. Wie bedeutend der Dampfverbrauch im Essener Krankenhaus ist, geht aus folgendem hervor: Auf Seite 14 des Heftchens heisst es: Von dem Hochdruckdampfverteiler im Bedienungsraum zu dem zwei Hauptleitungen von den Kesseln führen, zweigt ausser den Leitungen für die Kesselspeisepumpen und Heizungspumpen eine Leitung ab, die den erforderlichen Dampf zu Wirtschafts-, Desinfektions- und Sterilisationszwecken, sowie zur Beheizung der nahe gelegenen Wasch- und Kochküche und des Geisteskranken-Pavillons (Luftheizung) liefert — und auf Seite 15: „Die Erzeugung von warmem Gebrauchswasser erfolgt gleichermassen zentral im Kesselhaus mittels dampfgeheizter Gegenstromapparate." Diesem grossen Dampfbedarf entsprechend, sind denn auch drei Hochdruckdampfkessel à 100 qm, und nur ein Warmwasserkessel von 120 qm aufgestellt worden. Wir haben es also in Essen ausser mit der Fernwarmwasserheizung auch noch mit der früher bewährten und bekannten Ferndampfheizung zu tun und insbesondere das Kesselhaus zeigt überwiegenden Charakter als Hochdruck-Dampfkesselhaus genau so wie bei den Ferndampfheizungen, wobei dem Warmwasserkessel eine ganz untergeordnete Rolle als Aushelfskessel zugewiesen ist. Die Betonung der Anlage als Warmwasseranlage fehlt im Kesselhause gänzlich, obwohl eine derartige Betonung leicht möglich gewesen wäre und jedenfalls auch ökonomische Vorteile gebracht haben würde. Da der Dampf durch dieselben Kanäle geführt wird wie die Warmwasserleitungen, so verschwinden bei der starken Anwendung von Dampf in der Anstalt auch die auf Seite 7 erwähnten Vorteile der einfacheren Kanalbauart bei Fernwarmwasserheizung. Die Hauptkanäle sind daher 1,50 : 2,10 m i. L., also verhältnismässig geräumig. Auch in dieser Beziehung bietet die Anlage keine neuen Gesichtspunkte und Ersparnisse an Anlagekosten. Das Mischsystem von Wasser- und Dampfheizung gibt auch den kostspieligen Terrainkanälen das Gepräge. Das Fernheizwerk der städtischen Krankenanstalten zu Essen a. d. Ruhr muss als Übergangstyp von der Ferndampfheizung zur reinen Fern-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

warmwasserheizung angesprochen werden. Die Anlage zeigt in verschiedenen Einzelheiten, so in dem Antrieb der einen Zentrifugalpumpe durch eine Dampfturbine bei Verwertung des Abdampfes derselben und in der Anordnung der Heizwasserverteilung für die einzelnen Gebäude, endlich in dem vorgesehenen Schutz der Gebäude bei Leitungsbrüchen und in der Berücksichtigung der erforderlichen Nachregulierung bei Sonnenbestrahlung der Gebäude interessante Lösungen.

Die in dem Heftchen nicht erwähnte Fortlassung jeglicher Reserveleitung für die Fernwarmwasserheizung beweist das grosse Vertrauen, das der Lieferant in seine Leistungen setzt. Indes dürfte die Direktion der Essener Krankenanstalten mit der Zeit zu der Überzeugung gelangen, dass diese Vertrauensseligkeit nicht gerade wie das Heftchen allgemeinere Verbreitung verdient.

Oslender (Düsseldorf).

Emilie Kieslinger u. Karl Wirth, Die Krankenkost. Ein praktisches Handbuch für Ärzte, Kranken- und Wohlfahrtsanstalten, Sanatorien, Pflegepersonen, Erziehungsanstalten und für die Familie. (J. F. Lehmanns Verlag in München. 1911.)

Werke über die Krankenbeköstigung und das Anstaltsküchenwesen sind nicht zu häufig vertreten, weil es sich hier um ein Gebiet handelt, das eine sehr sorgfältige Behandlung erfordert und bei dessen Bearbeitung mit den zur Verfügung stehenden Mitteln und den bestehenden Einrichtungen gerechnet werden muss. Im vorliegenden Falle haben wir es mit einer Arbeit zu tun, die diesen Verhältnissen vollauf Rechnung trägt. Die Mitverfasserin hat schon mehrere Werke über Kochkunst herausgegeben, die zum Teile durch Preise ausgezeichnet worden sind. Das Werk soll ein Handbuch für Herstellung der Speisen für Kranke und Genesende sein; es ist geeignet, den Krankenhausärzten und -Verwaltungen gute Dienste zu leisten. Es gibt eine Übersicht über die bei verschiedenen Erkrankungen gebräuchlichen Diätverordnungen und bietet eine reichhaltige Sammlung von schmackhaften, leichten und guten Rezepten, um dem schon längst fühlbar gewordenen Mangel an neuen, abwechselungsreichen Speisen abzuhelfen. Der Mitverfasser ist ein erfahrener praktischer Arzt, der sich Jahre hindurch mit diätetischen Fragen beschäftigt und die gegebenen Rezepte in der Praxis mit gutem Erfolg ausprobiert hat. Die Angaben über die Zeitdauer der Verdauung verschiedener Speisen halten wir für sehr wichtig, da die Köchin hierdurch in der Lage ist, die Speisen dem Zustande des Kranken anzupassen. Wir finden noch die sehr wichtigen Angaben über den Eiweissgehalt der verschiedenen Milch-, Fleisch- und Käsesorten, ferner Mitteilungen über das Brot nach

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

seiner verschiedenen Herstellungsweise, über die Temperatur der Speisen und Getränke, die Nahrung der Kranken in speziellen Krankheitsfällen, wie Magen- und Darmkrankheiten usw., die allgemeine Krankenkost und die nötigen Rezepte hierzu, weiter über Kefirbereitung, die Frischhaltung der Nahrungsmittel usw. Das Werk kann Interessenten zum Ankauf warm empfohlen werden.

—t.

Papini, Portorose in Istrien. [Klimatischer Kurort, See- und Soolbad.] (Wien u. Leipzig 1910. A. Hartlebens Verlag.)

Angaben über die klimatischen Verhältnisse des an der „österreichischen Riviera" gelegenen Ortes, Zusammensetzung des Meerwassers und der aus ihm gewonnenen Mutterlauge, sowie über die für die verschiedenen Jahreszeiten verschiedenen Indikationen. Laspeyres.

Bachmann, Fürsorgeerziehung der in Krankenhäusern untergebrachten Kinder. (Leipzig, Abel & Müller.)

Der Verf. ist Schulmann und Lehrer am Stadtkrankenhause St. Jakob in Leipzig. Wie in verschiedenen anderen grösseren Krankenhäusern, so ist auch im genannten Krankenhause der Schulunterricht für schulpflichtige kranke Kinder eingeführt. Seit Jahren erteilt Verf. diesen Unterricht in wöchentlich neun Stunden im Nebenamte. Er hält diese Unterrichtserteilung für unzureichend und ist der Meinung, dass die Stundenzahl wesentlich erhöht und eine besondere Lehrkraft, die nur lediglich diesen Dienst zu versehen habe, hierfür ernannt werden müsse. Von der richtigen Voraussetzung ausgehend, dass gemeinnützige Einrichtungen eines öffentlichen Gemeinwesens vorbildlich für andere wirken und Nachahmung zu finden pflegen, gibt er seine zunächst an den Rat der Stadt Leipzig gerichteten Vorschläge dadurch, dass er sie im Buchhandel erscheinen lässt, der breiteren Öffentlichkeit bekannt, zweifellos in der Hoffnung, dass seine von wahrer Menschenfreundlichkeit zeugenden Absichten und Anregungen auch anderwärts ein williges Ohr finden möchten. In längeren, seinen Vorschlägen vorausgehenden trefflichen Ausführungen hält er diesen Zweig der Krankenhausbetätigung für einen notwendigen Teil der öffentlichen Fürsorgeerziehung und glaubt, dass die Vervollkommnung dieser Einrichtung gemäss seinen Vorschlägen sich mit den übrigen Aufgaben eines grossen Krankenhauses sehr wohl vereinbaren lassen werde. In einem Anhange hat Verf. seinem Werkchen eine Anzahl prächtiger Weihnachtsgedichte angefügt, die sich zur Verwendung bei Weihnachtsfeiern in Krankenhäusern ganz besonders eignen dürften. Einert (Dresden).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Uffenheimer, Soziale Säuglings- und Jugendfürsorge. (Bd. 60 der Samml. „Wisschsch. u. Bild". Leipzig 1910. Quelle & Meyer.)

Im Jahrhundert des Kindes ist jedes Werk willkommen, das das soziale Gewissen schärft und Verständnis schafft für die Fragen der Jugendfürsorge auch in den Kreisen, die diesem Gebiete sonst recht fernstehen. Zu diesen ist das Werkchen von Uffenheimer zu rechnen. Es ist mit viel Liebe und mit reicher Sachkenntnis, die bei diesem Autor allerdings selbstverständlich ist, geschrieben. Wer sich beruflich oder mehr als Liebhaber auf diesem Gebiete mit der Säuglings- und Jugendfürsorge zu befassen hat, wird das Büchlein mit reichem Gewinn und grosser Freude lesen. Besondere Anerkennung verdient die zweckmässige Disposition, die eine rasche Orientierung auch in speziellen Fragen ermöglicht.

Kaupe (Bonn).

Tugendreich, Die Fürsorge für die Kleinkinder (im Alter von 2 bis 6 Jahren). (Arch. f. soz. Hyg., Bd. VI, Heft 2.)

Die Fürsorge für die Kleinkinder im Alter von 2—6 Jahren liegt noch sehr im Argen. Durch spezielle Vereinsgründungen ist in dieser Hinsicht nichts getan. Wohl aber ist vielleicht etwas zu erwarten von den Zentralen der Säuglingsfürsorge, wenn diese ihre Tätigkeit auch auf das Kleinkinderalter ausdehnen. T. bezeichnet es geradezu als eine nationale Pflicht, für das in Frage stehende Alter alles zu tun, da wir dadurch Wehrkraft und Gesundheit heben.

Kaupe (Bonn).

Hanauer, Stillenquêten und Stillpropaganda. (Klin.-therap. Wochenschrift 1911, Nr. 1.)

Die Hauptursache der hohen Säuglingssterblichkeit ist die künstliche Ernährung. Wenn wir deshalb für die Brusternährung eintreten, dann bekämpfen wir damit diese grosse Mortalität. Eine lebhafte Propaganda für das Stillen ist somit geboten. Die in verschiedenen Distrikten aufgemachten Statistiken ergeben betreffs des Stillens durch die eigene Muter differierende, im allgemeinen aber doch stets betrübende Zahlen. Im Westen der preussischen Monarchie z. B. wird mehr gestillt, als im Osten; besonders stark aber sind diese Unterschiede in Bayern. Mit zunehmendem Wohlstand nimmt die Häufigkeit des Stillens ab. Es kommt nicht nur darauf an, ob, sondern auch wie lange gestillt wird. Die Sterblichkeit der Säuglinge steht im umgekehrten Verhältnisse zur Stilldauer. Eine neunmonatige Stilldauer ist das Erstrebenswerte. Die Gründe des Nichtstillens sind nicht (wie Bunge will) im Alkoholismus der Eltern zu suchen, vielmehr sind es drei Umstände, die den Rückgang des Stillgeschäfts bedingten: 1. Milchmangel, Brustdrüsen oder

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

-warzenerkrankungen, Allgemeinerkrankungen der Mutter oder des Kindes; 2. soziale Arbeit ausserhalb des Hauses oder dgl.; 3. solche, die in schlechter Beratung begründet und zumeist den Hebammen zu Lasten zu schreiben sind.

Bei diesen drei Punkten hat denn auch die Propaganda einzusetzen. Diese muss belehrend wirken und die dem Stillen entgegenstehenden Hindernisse beseitigen.

Das wichtigste Moment, das hier in Frage kommt, dürfte neben der Belehrung die Einrichtung von Mutterschaftskassen sein.

Kaupe (Bonn).

Weinberg, Die Sterblichkeit der Kinder der Tuberkulösen, insbesondere nach der Geburtszeit. (Arch. f. soz. Hyg., Bd. VI, Heft 2.)

W. hat die Stuttgarter Familienregister von 5262 Tuberkulösen, d. h. das Schicksal von 18022 ehelichen Kindern bis zum 6. und von 10181 bis zum 20. Lebensjahre verfolgt. Er fand dabei, dass die Sterblichkeit der Kinder Tuberkulöser erheblich höher ist, als die der entsprechenden Gesamtheit. Die Sterblichkeit ist grösser bei Kindern tuberkulöser Mütter, als bei denen tuberkulöser Väter. Das Pubertätsalter spielt für die Entstehung der Tuberkulose eine besondere Rolle. Je näher die Geburtszeit des Kindes dem Todesdatum tuberkulöser Eltern liegt, um so gröser ist der Einfluss ihrer Krankheit auf dieses Kind. Von der Einleitung des künstlichen Abortus bei Tuberkulose der Frau, hält W. nicht allzuviel, jedenfalls ist er vom Standpunkte der Rassenhygiene aus kaum wirksam.

Kaupe (Bonn).

Fränkel, Weitere Mitteilungen zur Abnahme der Tuberkulosesterblichkeit. (Berl. klin. Woch., 46. Jahrg., Nr. 45.)

Die Tuberkulosesterblichkeit und die Abnahme dieser Sterblichkeit ist in den einzelnen Provinzen Preussens sehr verschieden wie folgende Übersicht zeigt.

Es starben von 10000 Lebenden an Tuberkulose:

Provinz	1877	1907	weniger	in %
Westfalen	51,45	18,49	32,96	64,06
Rheinprovinz mit Hohenzollern	48,85	17,88	30,97	63,39
Schleswig-Holstein	33,53	14,52	19,01	56,39
Hannover	39,11	17,79	21,32	54,51
Sachsen	28,53	13,88	14,65	51,34
Hessen-Nassau	37,94	19,22	18,72	49,34
Staat	**32,95**	**17,16**	**15,79**	**47,63**
Stadtkreis Berlin	40,20	22,36	17,84	44,38
Brandenburg	27,42	15,65	11,77	43,93

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Provinz	1877	1907	weniger	in %
Posen	24,22	15,87	8,35	34,47
Ostpreussen	19,45	12,75	6,70	34,44
Pommern	23,68	15,65	8,03	33,91
Schlesien	28,69	19,54	9,15	31,89
Westpreussen	17,70	14,16	3,54	20,00

Der stärkere Rückgang der Tuberkulosesterblichkeit in den industriellen Bezirken unseres Landes dürfte sich wohl durch die grössere soziale Fürsorge und die besseren hygienischen Einrichtungen erklären. Die Beschaffung von guten Wohnungen für die Industriearbeiter ist sicher von grossem Einfluss auf die Tuberkulosesterblichkeit.

Ausserordentlich interessant sind die Zahlen der an Tuberkulose Gestorbenen seit dem Jahre 1875, d. h. seitdem eine Statistik für Preussen existiert.

Im Königreich Preussen

	an Tuberkulose gestorben	auf 10000 Lebende starben an Tuberkulose
1875	82122	31,90
1876	79770	30,95
1877	83769	32,01
1878	86294	32,51
1879	87294	32,46
1880	84895	31,12
1881	84363	30,89
1882	85359	30,88
1883	88837	31,75
1884	87756	31,02
1885	88056	30,76
1886	88283	31,14
1887	84124	29,33
1888	84109	28,92
1889	82529	27,97
1890	84086	28,11
1891	80151	26,72
1892	76161	25,01
1893	76977	24,96
1894	74656	23,89
1895	73752	23,26
1896	70373	22,07
1897	70380	21,81
1898	65560	20,08

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

	an Tuberkulose gestorben	auf 10000 Lebende starben an Tuberkulose
1899	68480	20,71
1900	70602	21,13
1901	67445	19,54
1902	66726	19,04
1903	70449	19,64
1904	69326	19,21
1905	70323	19,13
1906	64459	17,26
1907	65054	17,16
1908	63320	16,46

Während also bis zum Jahre 1886 die Tuberkulosesterblichkeit fast ganz konstant bleibt, beginnt mit diesem Jahre ein regelmässiges Absinken dieser Sterblichkeit von 31,14 auf 16,46 im Jahre 1908, also eine Abnahme auf fast die Hälfte. Das hat sicher seinen Grund in den prophylaktischen Massregeln gegen den 1882 entdeckten Tuberkelbazillus und ferner in unserer sozialen Gesetzgebung. Der starke Abfall seit 1904 dürfte wohl auf Rechnung der Heilstätten, Erholungsheime, Fürsorgestellen usw. zu setzen sein.

So darf man wohl ohne Übertreibung behaupten, dass in absehbarer Zeit die Tuberkulose ihre Bedeutung als Volkskrankheit verloren haben wird, denn ein Stillstand im Rückgang der Tuberkulosesterblichkeit ist sehr unwahrscheinlich. Pröbsting.

Auskunfts- und Fürsorgestellen für Lungenkranke. (Sozialpolit. Zeitfragen der Schweiz, Heft 4/5. Buchh. d. Schweiz. Grütlivereins.)

Auf Anregung und nach Angabe von Malvoz und Calmette entstanden in Belgien und Frankreich im Jahre 1902 die Dispensaires antituberculeux, die heute in der „Ligue nationale contre la tuberkulose“ zu einer einheitlichen Organisation zusammengeschlossen sind.

Die erste Fürsorgestelle in Deutschland war die in Halle 1898 gegründete Fürsorgestelle für Lungenkranke. Im Jahre 1903 besuchten einige Mitgieder des deutschen Zentralkomitees für Lungenheilstätten die französischen und belgischen Dispensaires. Eine lebhafte Anregung ging von dieser Studienreise aus. Im Jahre 1909 gab es in Deutschland 244 Fürsorgestellen, ausserdem in Baden 537 Ortsausschüsse, die dem gleichen Zwecke dienen sollen. In der Schweiz sind es Frauenvereine, die „Solothurnische Frauenliga zur Bekämpfung der Tuberkulose“ und der „Schweizerische gemeinnützige Frauenverein“, denen das Verdienst zukommt, die ersten Fürsorgestellen gegründet zu haben. Acht Fürsorgestellen sind eröffnet (1909), weitere sind in Bildung begriffen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die Aufgaben der Auskunfts- und Fürsorgestellen liegen zunächst in der Aufklärung der Kranken und Bedrohten. Dadurch wird auch die so notwendige Ermittelung gefördert. Eine weitere Aufgabe ist die Unentgeltlichkeit der Untersuchung, der nicht das Odium der Armenunterstützung anhaften soll. Diese unentgeltliche Untersuchung muss auch auf die Familie ausgedehnt werden; denn nur so können die sozialhygienischen Verhältnisse der Erkrankten und ihrer Familien ermittelt werden, und nur so können Kranke und Gefährdete gesondert werden.

Die ärztliche Tätigkeit des Fürsorgearztes soll nur eine beratende, nicht eine behandelnde sein.

Für Schwerkranke sind Asyle, Siechenhäuser und Erholungsstätten einzurichten, für Leichtkranke Heilstätten, Tages- und Walderholungsstätten und Kuren auf dem Lande, daran müssen sich Genesungsheime und Genesungskuren in ländlichen Kolonien anschliessen. Die aus den Heilstätten Entlassenen müssen in einer gesunden Beschäftigung untergebracht werden, freilich eine der schwierigsten Aufgaben. Während der Dauer der Kur muss in ausreichender Weise für die Angehörigen der Erkrankten gesorgt werden, da sonst der Beginn der Kur zu spät und der Schluss vielfach zu früh eintritt.

Die Fürsorge für die Gefährdeten hat sich zunächst auf die Wohnungen zu erstrecken. Förderung einer gesunden Boden- und Wohnungspolitik bildet die notwendige Voraussetzung aller Volksgesundheit. Ferner sind Arbeiter- oder Familiengärten einzurichten. Die Ernährung ist soweit wie irgend möglich zu heben, die Arbeitszeit, besonders in gefährlichen Berufen, zu verkürzen. Daneben ist die Erziehung der Reinlichkeit, Anleitung zur Bewegung im Freien, zu Sport usw. nicht zu vernachlässigen.

Für Kinder sind Asyle, Genesungsheime, Ferienkolonien, Waldstätten und Waldschulen, Landaufenthalte, Kindergärten, Seehospitze, Säuglingsheime usw. einzurichten.

Für die Jugendlichen im Alter von 16—19 Jahren wäre noch auf die Schäden des Alkoholgenusses hinzuweisen.

Pröbsting.

Kern, W., Ueber den Einfluss des Alkohols auf die Tuberkulose (Ztschr. f. Hygiene u. Infektionskrankh., Bd. 66, 1910, S. 455 ff.)

Kern hat im path.-anat. Institute Prof. Weichselbaums in Wien experimentelle Untersuchungen an Meerschweinchen angestellt. In keinem der Versuche konnte ein günstiger Einfluss des Alkohols auf den Organismus festgestellt werden. Hingegen waren die Versuchsergebnisse folgende:

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

I. Der Alkohol setzt, selbst in kleinen Dosen verabreicht, die Widerstandsfähigkeit des tierischen Organismus herab, indem er:

1. dieselben gegen eine Infektion im allgemeinen leichter empfänglich macht,
2. den tödlichen Ausgang einer tuberkulösen Infektion beschleunigt.

II. Der Alkohol übt eine schädliche Wirkung auf die Nachkommenschaft aus, indem er:

1. die Lebensfähigkeit derselben vermindert,
2. den Verlauf einer tuberkulösen Infektion in ungünstigem Sinne beeinflusst.

(Korrespondenz des Vereins abstinenter Aerzte.)

Courmont u. Nogier, Die Sterilisation des Trinkwassers durch ultraviolette Strahlen. — Nogier, Apparat zur Sterilisierung von Trinkwasser durch die ultravioletten Strahlen. (Mediz. Klinik Nr. 15, VI. Jahrg.)

Die Sterilisierung von klarem Wasser kann, wie die beiden Forscher gezeigt haben, leicht durch ultraviolette Strahlen bewirkt werden. Wenn man eine Quarzlampe mit Quecksilberdampf — 135 Volt, 5—9 Ampère — in ein Gefäss von 60 cm Durchmesser setzt, so kann man sehr stark infiziertes Wasser in einigen Sekunden völlig sterilisieren. Viel schwerer ist es, andere Flüssigkeiten zu sterilisieren, wenn Kolloidsubstanzen in denselben enthalten sind. Ultraviolette Strahlen durchdringen solche Flüssigkeiten nicht leicht. Während solche Strahlen bis zu 30 cm in das Wasser eindringen, können sie nur wenige Millimeter in Flüssigkeit dringen, die Kolloidsubstanzen enthalten. So bietet die Sterilisation von Bier, Wein, Bouillon grosse Schwierigkeiten. Da die Toxine sehr reich an Kolloidsubstanzen sind, so können sie nicht in diesem Zustand zerstört werden.

Nogier hat für die Sterilisation von Trinkwasser einen Apparat konstruiert, der aus drei Teilen besteht: der Farbenlampe, der äusseren Hülle und dem automatischen Kontrollhahne.

Die Lampe ist eine Quecksilberdampflampe. Das durch den Apparat sterilisierte Wasser erwärmt sich um kaum 2—3 Zehntel Grad, es bewahrt seine Gase, seine Salze und nimmt auch keinen besonderen Geruch an. Pröbsting.

Best, Ist Schutz der Augen vor ultraviolettem Licht notwendig? (Mediz. Klinik Nr. 7, VI. Jahrg.)

Unsere modernen Lichtquellen haben mit steigender Lichtfülle auch zunehmenden Gehalt an ultravioletten Strahlen erhalten, und es ist in jüngster Zeit vielfach die Frage diskutiert worden, ob es notwendig ist, unsere Augen vor ultraviolettem Licht zu schützen. Von manchen Seiten, so besonders von Schanz und

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Stockhausen, ist diese Frage bejaht worden, sie halten es für nötig, alle intensiven künstlichen Lichtquellen mit Euphosglas zu versehen und Schutzbrillen aus diesem Glase zu verwenden. Best glaubt hingegen, dass zumeist nicht die ultravioletten Strahlen, sondern die übermässige Lichtfülle die Augen schädigen, daher ist Abschwächung der gesamten Strahlung erforderlich.

Ultraviolette Strahlen sind im Sonnenlicht bis hinab zu 291 μμ enthalten, Strahlen geringerer Wellenlänge kommen unter natürlichen Bedingungen nicht vor. Diese Strahlen dürften somit für das Auge unschädlich sein. In einigen künstlichen Lichtquellen sind aber Strahlen geringerer Wellenlänge vorhanden, im Lichte der Uveollampe z. B. sind die Strahlen bis 253 μμ reichlich vorhanden, diese Strahlen werden aber durch jedes Glas zurückgehalten.

Die experimentell durch ultraviolette Strahlen hervorgerufenen Schädigungen der Augen werden wahrscheinlich vor allem durch die ganz kurzwelligen Strahlen unter 320 μμ hervorgerufen, durch Tragen der üblichen Schutzbrille lassen sich diese Schädigungen leicht verhüten.

Die leichten Bindehautbeschwerden, die sich nach längeren Arbeiten bei künstlicher Beleuchtung bei manchen Personen einstellen, können nicht auf die ultravioletten Strahlen bezogen werden; es handelt sich hier vielmehr um fehlerhafte oder ungenügende Beleuchtung.

Innenräume sollen möglichst hell, aber diffus erleuchtet werden. Die hygienisch beste Beleuchtung ist die indirekte Beleuchtung, wobei die Lichtquelle selbst dem Auge entzogen wird.

Die behaupteten Schädigungen der Linse und der Netzhaut durch ultraviolette Strahlen konnte bisher für normale Lichtverhältnisse nicht nachgewiesen werden.

Best fasst seine Ansichten dahin zusammen, dass sowohl die ultravioletten wie die leuchtenden Strahlen bei sehr hoher Intensität das Auge schädigen können, dass aber unter gewöhnlichen Bedingungen die Möglichkeit der Schädigung durch die sichtbaren Strahlen prävaliert und dass wir uns gegen eine zu hohe Strahlungsintensität schützen müssen durch Brillen, welche den gesamten Strahlungsbereich abschwächen, mehr aber noch den leuchtenden Anteil wie den ultravioletten. Das tun graue Schutzgläser.

Bei Augenerkrankungen handelt es sich nicht um ein Übermass von Lichtstrahlung, sondern um Überempfindlichkeit der Netzhaut, die am empfindlichsten ist gegen den hellsten Spektralbereich im Gelb. Hier ist die alte blaue Schutzbrille zweckmässiger wie die graue. Pröbsting.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Levinsohn, Die Entstehung der Kurzsichtigkeit. (Mediz. Klinik 1910, Nr. 9.)

Den Theorien über die Entstehung der Kurzsichtigkeit fügt Verfasser eine neue zu. Bekanntlich ist die heute herrschende Theorie der Myopie die von Donders zuerst aufgestellte Theorie von der Nahearbeit. Verfasser selbst sieht die Ursache in der Beugung des Kopfes und des Körpers und deren Einfluss auf die Augenhaltung. Verfasser irrt aber, wenn er meint, diese Theorie rühre von ihm her. Vielmehr gebührt Péchin und Ducroquet das Verdienst, in einer in der Zeitschrift für Augenheilkunde publizierten Arbeit auf die Rolle der Körperhaltung in der Ätiologie der Myopie hingewiesen zu haben. Die beweisenden Tierversuche freilich sind vom Verfasser angestellt, während P. u. D. zu ihrer Schlussfolgerung auf rein empirischem Wege gelangt sind. Aus der neuen Theorie leitet sich ohne weiteres die Prophylaxe ab, nämlich der Beugung des Kopfes und der Körperhaltung besonderes Augenmerk zu schenken. Hier wäre vor allem eine Reform des Schulbanksystems anzustreben. Referent möchte nicht verfehlen darauf hinzuweisen, dass auch in den hygienischen Forderungen die Anschauungen des Verfassers sich mit denen der genannten französischen Autoren absolut decken. Boas (Berlin).

Verzeichnis der bei der Redaktion eingegangenen neuen Bücher etc.

Alexander, B., und Dr. E. Alt, Bad Reichenhall als klimatischer Kurort. München 1911. Verlag der Ärztlichen Rundschau. Preis 1.50 M.

Burgemeister, Rich., Wie macht man sein Testament kostenlos selbst? Berlin 1911. L. Schwarz & Co. Preis 1.10 M.

Ehrlich, Prof Dr. P., Grundlagen und Erfolge der Chemotherapie. Stuttgart 1911. Ferd. Enke. Preis 1.60 M.

Emmerich, Dr. Rud., Max Pettenkofers Bodenlehre der Cholera indica. Jubiläumsschrift zum 50jähr. Gedenken der Begründung der lokalistischen Lehre Max Pettenkofers. III. Bd. München 1911. J. F. Lehmann. Preis 24.— M.

Ewald, Dr. Walter, Soziale Medizin. I. Bd. Berlin 1911. Julius Springer. Preis 18.— M., gbd. 20.— M.

Fletcher, H., Die Esssucht und ihre Bekämpfung. Deutsche Ausg. von Dr. A. v. Borosini. Dresden 1911. Holze & Pahl.

Forty-first annual Report of the State Board of Health of Massachusetts 1909. Boston 1910. Wright & Potter Printing Co. Gbd.

Heilschätze, Die, der Adria. Ärztliche Aussprüche über das Seebad und den Winteraufenthalt an südlichen Gestaden. Hrsg. v. Landesverband für Fremdenverkehr in Triest und Istrien. Triest 1911.

Heuser, Dr. K., Die Pest und die Cholera. Neuwied 1911. L. Heuser Wwe. & Co. Preis 1.— M.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Kaffeeschänken, ihr Bau und ihre soziale Bedeutung. Hrsg. v. Kathreiners Malzkaffee-Fabriken. München 1911.

Kleiné, J. F., Die Heilung der gichtisch-rheumatischen Erkrankungen gemäss der erfolgreichst bewährten Methode des Dr. med. M. J. Kittel. Berlin 1911. Kleine & Stapf. Preis 3.50 M.

van Konijnenburg, Dr. J. J., Mortalité par cancer à Amsterdam pendant les années 1862—1902. Amsterdam 1911. Joh. Müller. Preis 0.25 Fl.

Lebbin, Dr. Gg., Allgemeine Nahrungsmittelkunde. Berlin 1911. Leonh. Simion Nachf. Preis 12.50 M.

Medizinalarchiv f. d. Deutsche Reich. Hrsg. von Kurt von Rohrscheidt. Berlin 1911. Franz Vahlen. II. Jahrg., Heft 1. Pro Jahrg. (4 Hefte). 12.— M.

Mikrokosmos. V. Jahrg. 1911/12, Heft 1/3. Stuttgart 1911. Frankhsche Verlagsbuchhandlung. Pro Jahrg. (12 Hefte) 5.60 M.

Mückenplage, Die, und ihre Bekämpfung. Hrsg. v. Kaiserl. Gesundheitsamt. Berlin 1911. Julius Springer. Preis 0.30 M.

Neue Bahnen. Zeitschrift f. Erziehung u. Unterricht. Jahrg. 22, Heft 8. Hrsg. v. E. Hiemann, F. Lindemann, R. Schulze. Leipzig 1911. R. Voigtländers Verlag. Jährl. (12 Hefte) 6 M.

Neumann, Ph., Handbuch der Volksgesundheitspflege. München 1911. Verlag der Ärztlichen Rundschau. Preis 3.— M.

Techmer, K., Die Pflege v. Mund u. Zähnen. München 1911. R. Oldenburg. Preis —.30 M.

Tuberkulose-Konferenz, Neunte internationale, Brüssel 6. bis 8. Okt. 1910. Bericht hrsg. v. Prof. Dr. Pannwitz. Berlin 1911. Selbstverlag. Gbd.

Uffenheimer, A., Säuglings- u. Jugendfürsorge. Leipzig 1911. Quelle & Meyer. Preis 1.— M., gbd. 1.25 M.

Vogl, Dr. von (München), Der örtliche Stand der Säuglingssterblichkeit in Bayern. München 1911. Piloty & Loehle. Preis —.80 M.

Wapler, Dr. H., Geh.-R., Erich Harnack und sein Lehrbuch der Arzneimittellehre oder Homöotherapie in der Schulmedizin. Leipzig 1911. Willmar Schwabe.

Zeitung, Illustrierte, Hygiene-Nummer. Hrsg. anlässlich d. Internat. Hygiene-Ausstellung Dresden 1911. Leipzig 1911. J. J. Weber. Preis 2.— M.

NB. Die für die Leser des „Centralblattes für allgemeine Gesundheitspflege“ interessanten Bücher werden seitens der Redaktion zur Besprechung an die Herren Mitarbeiter versandt und Referate darüber, soweit der beschränkte Raum dieser Zeitschrift es gestattet, zum Abdruck gebracht. Eine Verpflichtung zur Besprechung oder Rücksendung nicht besprochener Werke wird in keinem Falle übernommen; es muss in Fällen, wo aus besonderen Gründen keine Besprechung erfolgt, die Aufnahme des ausführlichen Titels, Verlegers und Preises an dieser Stelle den Herren Einsendern genügen.

Die Verlagsbuchhandlung.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Diätetisch anregend

Niemals exzitierend

Kathreiners Malzkaffee

Ein vorzügliches Unterstützungsmittel beim Gebrauch von Brunnenkuren.

H. Bürger's Digestivsalz.

Seit **über 30 Jahren** glänzend bewährt durch seine vorzüglichen **diätetischen** Eigenschaften bei allen Verdauungsstörungen, besonders **schwache Verdauung** usw. — Von überraschender Wirkung bei allen Belästigungen, die aus dem Genusse **schwer verdaulicher Speisen** entstehen. — Bewährt bei **Frauen** zu Beginn und während der Schwangerschaft gegen **Erbrechen, Uebelsein, Verstopfung.** Unentbehrlich für Leute mit sitzendem Lebensberufe. Ersatz für natürliche Bitterwässer. — Absolut frei von schädlichen Bestandteilen, Zusammensetzung auf jeder Flasche angegeben.

Generalvertrieb durch A. Feldhofen, Bad Neuenahr.

Depots: **Berlin**, Elefantenapoth. a. Dönhoffplatz; Königin Louisenapoth., Bülowstr. 18. — **Frankfurt a/M.**, Rosenapoth. a. Salzhaus. Broschüren u. Proben durch **A. Heimbürger Nachf., Münster i/W.**

Verlag von Martin Hager in Bonn.

Soeben erschien in meinem Verlage:

Eduard Pflüger.

Ein Nachruf von **E. von Cyon.**

Mit einem Bildnis Pflügers.

Preis 1.— M.

Der Verfasser, der mit dem Altmeister der Physiologie bis zu dessen Tode in einem fast ununterbrochenen Briefwechsel gestanden, der zu intimen freundschaftlichen Beziehungen führte, gibt auf Grundlage der wichtigsten der fruchtbaren Leistungen Pflügers eine psychologische Charakteristik des grossen Naturforschers.

Die Schrift ist für jeden Mediziner und Schüler Pflügers von grösstem Interesse.

Digitized by Google

Original from UNIVERSITY OF IOWA

Generated on 2019-12-14 17:50 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Aus der medizinischen Universitäts-Poliklinik in Bonn.
(Direktor Prof. Dr. Paul Krause.)

Organisation und Leistungen der Walderholungsstätten

Von

Hans Kloiber, Hohenhonnef.

Mit 9 Textabbildungen.

Im Laufe der letzten Jahrzehnte hat sich mehr und mehr gezeigt, dass die Krankenhäuser dem anstürmenden Heere der Tuberkulösen nicht mehr gewachsen sind. Immer allgemeiner brach sich die Überzeugung Bahn, dass es mit der Bekämpfung und Behandlung der akuten Symptome einer Krankheit nicht allein getan sei, sondern dass es ein dringendes Bedürfnis darstelle, die Kranken nach Ablauf der Krankheitszeichen nicht sofort wieder den alten Schädlichkeiten und in vielen Fällen auch übergrossen Anforderungen ihres Berufes preiszugeben. Man hielt es für geboten, sie für einige Zeit in eigens dazu bestimmten Heimen nur ihrer Gesundheit und der Kräftigung ihres Körpers leben zu lassen. Aus dieser Idee heraus nahmen die Genesungsheime ihre Entwicklung, deren Bestimmung es ist, Rekonvaleszenten auf mehrere Wochen Aufenthalt zu gewähren und den Genesungsprozess zu fördern durch zweckentsprechende Lebensweise bei etwas freierer Beschäftigung. Letzteres bietet noch den grossen Vorteil, dass den Rekonvaleszenten der Übergang zu ihrer gewöhnlichen Berufsarbeit nicht zu schwer und anstrengend fällt.

Diese Genesungsheime erfordern jedoch für ihren Bau und zu ihrer Unterhaltung ein beträchtliches Kapital, das aber in der nötigen Höhe nur sehr selten zur Verfügung steht. Daraus ergibt sich von vornherein ein gewisser Nachteil: Sie kommen viel zu teuer zu stehen, dann können sie nur einem kleinen Teil der Erholungsbedürftigen Aufnahme bieten, können aber nicht genügen der grossen Zahl derer, die Erholung suchen und brauchen. Viele müssen abgewiesen werden, viele kommen dafür überhaupt nicht in Betracht, nämlich diejenigen, die nicht Krankenkassenmitglieder

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sind; die Genesungsheime werden ja von Krankenkassen und Landesversicherungsanstalten errichtet.

Bei dieser Sachlage wurde es als ein Bedürfnis empfunden eine Stätte zu schaffen, in der bei möglichst billigen Verpflegungskosten einer möglichst grossen Schar von Erholungsbedürftigen Gelegenheit geboten werde, von den für sie so notwendigen Heilfaktoren wie Licht, Luft, Ruhe und guter Ernährung einen ausgedehnten Gebrauch zu machen. Dabei war nicht zu vergessen, dass die überwiegende Mehrzahl der Rekonvaleszenten und Erholungsbedürftigen meist unter den denkbar schlechtesten hygienischen Verhältnissen wohnt. Bei diesen musste es erst doppelt angezeigt erscheinen, sie bis zu ihrer vollständigen Herstellung so lange wie möglich von ihren schlechten Wohnungen fernzuhalten. Denn es zeigte sich nur zu deutlich, dass die geschwächten und schlecht ernährten Individuen, besonders wenn sie gezwungen sind, unter ihren oft geradezu miserablen Wohnungsverhältnissen zu leben, allzuleicht ein Opfer der verheerenden Volksseuche „Tuberkulose" werden. Und gerade diese traurige Erfahrung hat schliesslich die Berliner Ärzte, Dr. Wolf-Becher und Dr. Rudolph Lennhoff, die sich sehr eingehend mit der Wohnungsfrage der unteren Schichten der Grossstadtbevölkerung befassten und dort oft ein furchtbares Wohnungselend antrafen, im Jahre 1899 auf den Gedanken gebracht, die Kranken wenigstens tagsüber aus ihren Wohnungen herauszunehmen und ihnen im freien Walde eine Stätte zum Aufenthalt zu schaffen. Mit der Ausführung des eben erwähnten Planes haben sie einen vollständig neuen Typus von Heilstätten ins Leben gerufen, dem sie den Namen „Walderholungsstätte" gaben.

Zweck der Walderholungsstätten.

Der Zweck der Walderholungsstätten ergibt sich aus obigen Auslassungen ohne weiteres von selbst. Sie sind kein Ersatz für Heilstätten, das können und wollen sie auch nicht sein; sie sollen dieselben nicht ersetzen, sondern nur ein Glied bilden in der grossen Kette jener Massregeln, die der Bekämpfung der Tuberkulose als Volkskrankheit gewidmet sind. Auf dem Boden des Fürsorgewesens sind sie emporgewachsen und mit demselben unzertrennlich verbunden, so dass sie heutzutage geradezu einen wesentlichen Bestandteil desselben darstellen. In der Fürsorgestelle erhalten die Kranken, in erster Linie die Tuberkulösen, Auskunft und Bescheid über ihre Krankheit. Und wie im allgemeinen auf die Diagnose die Therapie zu folgen hat, so im besonderen auch hier; denn mit der Erkennung der Krankheit ist noch nicht geholfen, der Kranke will von seinem Leiden auch geheilt werden. Die Krankheit wurde, wie gesagt,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wohl erkannt, aber wegen Mangel an Platz in den Heilstätten und Krankenhäusern konnten die Kranken nicht sofort untergebracht werden, und nicht gleich die Behandlung mit einer Liegekur begonnen werden. Allen diesen wurde mit der Schaffung von Walderholungsstätten eine grosse Wohltat erwiesen. Und wie notwendig diese Anstalten waren, zeigt allein schon der Umstand, dass innerhalb 11 Jahren 99 Walderholungsstätten erbaut wurden, deren wichtige Aufgabe es ist[1]), „allen, die zur Erholung reichlichen Aufenthalt in frischer Luft nötig haben, aber nicht in der Lage sind, sich dauernd von ihrer Familie und Häuslichkeit zu trennen, wie es eine geschlossene Heilstättenbehandlung erfordert, tagsüber Unterkunft und zweckmässige Verpflegung in guter Waldluft zu gewähren. Sie sollen eine Art Tagessanatorien bilden mit der Bestimmung, ein wohlfeiler Ersatz zu sein, der für so viele so notwendigen, jedoch unerschwinglichen Sommerfrische."

Die Heilmethode ist eine hygienisch-diätetische; die Heilmittel sind die bekannten und allbewährten, die gekennzeichnet sind mit den Worten: Licht, Luft, gute Ernährung, denen für die Tuberkulösen als viertes noch Ruhe hinzugefügt wird.

Mit diesen Zeilen ist der Zweck und das Ziel der Walderholungsstätten in kurzen Zügen skizziert.

I. Zur Aufnahme geeignete Kranke.

Wie bereits gesagt, sollen die Walderholungsstätten allen Erholung verschaffen, die deren dringend bedürfen. Dabei ist nur die Frage zu beantworten: „Wer ist unter den Erholungsbedürftigen zu verstehen und welche von ihnen sind aufnahmefähig? Lennhof gibt die Antwort darauf mit den Worten: „Aufnahmefähig sind alle Erholungsbedürftige, auch nicht Tuberkulöse, die imstande sind, täglich den Weg von ihrer Wohnung zur Erholungsstätte und von dort wieder nach Hause zurückzulegen."

Hierher gehören:

1. Alle, welche eine schwere fieberhafte Erkrankung durchgemacht haben, namentlich die Rekonvaleszenten von Typhus, Lungen- und Rippenfellentzündung, Wochenbettfieber usw.

2. Alle, die für eine Krankenhausbehandlung nicht geeignet erscheinen, denen aber eine Erholung und Kräftigung dringend not tut als da sind: Schwächliche, Blutarme, Bleichsüchtige; diese sind ja wiederum infolge ihrer schwächlichen Konstitution besonders in Gefahr, der Tuberkulose zum Opfer zu fallen.

3. Herzkranke und Neurastheniker; freilich ist unter ihnen

---

1) Jahresbericht des Vereins für Walderholungsstätten zu Dresden 1906, pag. 2.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

eine bestimmte Auswahl zu treffen. Denn es gibt Neurastheniker, für die der Weg zur Erholungsstätte und der Anblick sowie das Zusammensein mit so vielen anderen Kranken einfach nicht ertragen wird. Bei solchen könnte anstatt der gewünschten Erholung dadurch nur eine Verschlimmerung ihres Leidens erzielt werden. Ebenso eignen sich nicht Kranke mit schwerem Herzleiden, weil für sie das zweimalige Zurücklegen des Weges von und zur Anstalt mit zu grossen Beschwerden und Anstrengungen verbunden ist.

4. Eine zweckentsprechende Unterkunft in Walderholungsstätten finden aber vor allem: Alle Tuberkulose-Gefährdeten und -Verdächtigen. Sie schwebten ja den Gründern dieser Anstalten in erster Linie vor Augen. Diese will man gerüstet und gewappnet machen für den ihnen drohenden Kampf. Ist es doch längst allgemein anerkannte Tatsache, dass es bei der Bekämpfung der Tuberkulose vor allem auf die Prophylaxe ankommt. Für diese Prophylaktiker sind die Walderholungsstätten ein unentbehrliches Institut geworden.

Mit gutem Erfolge und unschätzbarem Nutzen werden die Walderholungsstätten von jenen benutzt, welche gezwungen sind in unmittelbarer Umgebung eines an offener Tuberkulose Erkrankten zu wohnen, sind sie doch in hohem Grade der Gefahr einer Infektion ausgesetzt. Wichtig sind sie ferner für die Skrophulösen, zumal da wir wissen, dass ein grosser Teil der Skrophulösen später an Tuberkulose erkrankt.

5. Mit den letzten Zeilen ist bereits ein neues Ziel der Walderholungsstätten angedeutet, nämlich gewissermassen als Beobachtungsstation zu dienen, um festzustellen, ob bei den betreffenden Kranken überhaupt Tuberkulose vorhanden und im Spiele ist.

6. Endlich holen sich die Walderholungsstätten ihr Rekrutierungsmaterial aus der grossen Masse der an manifester Tuberkulose Erkrankten und zwar aller Stadien und Altersstufen. Und studiert man die Jahresberichte der Walderholungsstätten durch, so zeigt sich mit überzeugender Klarheit, dass die Zahl der Pfleglinge zum grössten Teil von Tuberkulösen bestritten wird, ja dass diese in den letzten Jahren in den meisten Anstalten die überwiegende Majorität bilden. Die Folge davon ist, dass mehrere Erholungsstätten beinahe nur von Tuberkulösen besucht werden. Von diesem Standpunkt war daher kein weiter Weg mehr bis zu dem andern, nämlich zur Errichtung von Walderholungsstätten für Nur-Tuberkulöse, wie ihn einige Orte bereits gemacht haben, so z. B. Chemnitz mit seiner „König Friedrich August-Walderholungsstätte“. Diese Erscheinung hängt damit zusammen, dass der Bekämpfung der Tuberkulose von Jahr zu Jahr mehr Aufmerksamkeit geschenkt wird, dass die Kranken viel eher als früher den Rat der Ärzte in

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Anspruch nehmen, dass endlich, seitdem der Satz von der Heilbarkeit der Tuberkulose proklamiert ist, jeder Tuberkulöse auch gewissermassen das Recht hat, von den seiner Krankheit entsprechenden Heilfaktoren Gebrauch zu machen. In Hinsicht auf diese Sachlage wird es daher nicht Wunder nehmen, wenn ich im Folgenden die Walderholungsstätten in besondere Beziehung zur Tuberkulose bringe.

Es kommt nun die Frage zur Beantwortung: „Welche Tuberkulöse sind geeignet zur Aufnahme?“ Oben habe ich es bereits angedeutet: Alle Tuberkulöse aller Stadien, Altersstufen und jeden Geschlechtes angefangen von den Leichtkranken mit den ersten Symptomen beginnender Krankheit bis zu den Unheilbaren des dritten Stadiums. Und gerade in dieser weiten Spannung der Interessensphäre liegt ein neuer, nicht hoch genug einzuschätzender Wert der Walderholungsstätten. Denn dadurch ist die Möglichkeit gegeben, auch noch den Bedauernswertesten der Tuberkulösen eine Erleichterung und Wohltat zu gewähren.

In welcher Weise lösen die Walderholungsstätten ihre Aufgabe? Die Antwort darauf wird selbstverständlich lauten: „In verschiedener Weise“.

a) Indem[1]) sie eine Art von Übergangsstation zur Lungenheilstätte bilden. Die Kranken müssen in ihnen eine gewisse Wartezeit absolvieren, sei es, dass eben die Unterhandlungen mit den Versicherungsanstalten noch schweben, der Kranke aber unter so schlechten hygienischen Verhältnissen wohnt, dass man ihn unmöglich länger in diesen lassen kann; sei es, dass die Aufnahme bereits bewilligt ist, das Sanatorium aber so überfüllt ist, dass er noch einige Zeit warten muss, bis ein Platz frei wird. Somit dient die Walderholungsstätte als Vorbereitung für die Heilanstalt. Es wird einer Verschlimmerung des Leidens vorgebeugt, in vielen Fällen sogar der Heilprozess eingeleitet. Und dabei hat sich gezeigt, dass Kranke, die zuvor durch eine Walderholungsstätte gegangen sind, im Sanatorium oft eine viel bessere Kur gemacht haben, als solche, die von vornherein mit ihrer Kur gleich in der Heilstätte begannen.

b) Andererseits dienen diese Anstalten auch dazu, Kranken nach einer Kur im Sanatorium den Übergang zu ihrem alten Berufe zu erleichtern. Die aus der Heilstätte Entlassenen machen darin mit grossem Nutzen noch eine kleine Nachkur durch, die einen guten Gradmesser abgibt für ihre wiedergewonnene Gesundheit und Arbeitsfähigkeit. Sie gewöhnen sich leichter an das heimatliche Klima und die häuslichen Verhältnisse.

---

1) Nach dem Jahresbericht der König Friedrich August-Walderholungsstätte Chemnitz 1906, pag. 28.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

c) Weiter suchen die Walderholungsstätten jene Tuberkulösen auf, für die eine Heilstättenbehandlung nicht in Betracht kommt;

α) „weil die Zahl der Beitragsmarken für die Invalidenversicherung zu gering ist;“

β) „weil die häuslichen und Erwerbsverhältnisse es nicht gestatten, längere Zeit von ihrer Familie und ihrem Geschäfte abwesend zu sein;“

γ) „weil die Krankheit zu weit vorgeschritten ist, so dass eine Heilstättenkur nicht mehr den gewünschten und den hohen Kosten entsprechenden Erfolg verheisst.“

d) Aber auch bei den Schwer-Tuberkulösen empfiehlt sich noch eine Aufnahme in die Walderholungsstätte. Wenn auch von keiner Heilung mehr die Rede sein kann, so wird doch oftmals eine bedeutende Besserung erzielt, wodurch die Kranken in den Stand gesetzt werden, den Winter leichter zu überstehen und damit eine Verlängerung des Lebens zu erreichen. Den grössten Nutzen stiften die Anstalten bei diesen Kranken durch zielbewusste Belehrung und dadurch, dass die Kranken aus ihrer Umgebung herausgenommen werden, und für diese die Gefahr der Ansteckung damit bedeutend reduziert wird.

Bisher habe ich hauptsächlich von den Erwachsenen gesprochen als Anwärter für die Aufnahme in eine Walderholungsstätte. Es soll jedoch keineswegs gesagt sein, dass Kinder sich dafür nicht eignen. Im Gegenteil, gerade für Kinder sind die Erholungsstätten besonders geeignet, ja eine unbedingte Notwendigkeit. Den Beweis hierfür erbringt Lennhoff[1]), der auf Grund statistischer Untersuchungen zeigt, dass die Gesamtsterblichkeit an Tuberkulose erheblich und ständig zurückgeht, das Kindesalter aber an diesem Rückgang fast gar keinen Anteil hat. Die Lösung dieses Rätsels gibt die Tatsache, dass eben für Kinder in dieser Hinsicht bis jetzt wenig oder gar nichts getan wurde. Nachfolgende Zeilen mögen dies näher beleuchten. „Nach Erhebungen der Schulärzte sind 5 % aller Kinder erholungsbedürftig in dem Sinne, dass für sie eine Heil- oder Erholungsstättenbehandlung in Frage kommt. 5 % der Gesamtzahl der Kinder betragen nach der Volkszählung vom 1. Dezember 1905 811000 Kinder. Von diesen wurden im Jahre 1906 versorgt 66229. Zieht man hievon den Anteil von Ferienkolonien und Landaufenthalt mit 28282 Kindern ab, so verbleiben für eine eigene Anstaltsbehandlung nur 37947.“ Also konnte man nur einen verschwindend kleinen Prozentsatz der Kinder versorgen. Soll nun eine Besserung erzielt werden, so muss auch

1) Walderholungsstätten vom Roten Kreuz. Festschrift zur Feier des 10jährigen Bestehens. pag. 166 ff.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

noch das Gros der bisher Unversorgten in einer Anstalt unter gebracht werden. Und dazu sind die Walderholungsstätten geradezu prädestiniert. Lennhoff hat daher vollständig recht, wenn er sagt: „Unter den Anstalten für Kinder sind demnach die Walderholungsstätten notwendig: 1. weil von der Zahl der insgesamt zu versorgenden Kinder in anderen Anstalten nur ein kleiner Teil untergebracht werden kann; 2. weil die Erholungsstätten den gesamten Rest aufzunehmen vermögen; 3. weil die Erholungsstätten durch ihre Billigkeit die Versorgung grosser Massen möglich machen."

Zur Aufnahme kommen von Kindern in zweckmässiger Weise:

1. Noch nicht Erkrankte von tuberkulösen Eltern abstammende, wie es in Frankreich und Schweden geschieht. Für sie sind die Walderholungsstätten eine ausgezeichnete prophylaktische Einrichtung.

2. Skrofulöse und Hautkranke.

3. Leicht-Tuberkulöse. „Unter[1]) den tuberkulösen Kindern bilden eine Gruppe für sich, die mit Knochen- und Gelenktuberkulose behafteten. Kaum bei einer zweiten Erkrankung des Kindesalters sind uns die Wege zur Heilung sicherer vorgezeichnet, als bei der Knochen- und Gelenktuberkulose", nämlich nicht Krankenhaus- sondern Anstaltsbehandlung in einem Seehospize oder einer Walderholungsstätte. Da ersteres nur bei wenig kranken Kindern möglich ist, bleibt für die grosse Masse nur die Walderholungsstätte übrig.

II. Nicht geeignet zur Aufnahme sind nach Dr. Feis, Frankfurt a. M.[2]):

1. „Magen- und Darmkranke, Blutarme mit Magenbeschwerden, die eine besonders regulierte Diät benötigen.

2. Neurastheniker, die grössere Ruhe bedürfen, als sie im Walde zu Gebote steht.

3. Rheumatiker, denen die wechselnde Temperatur im Walde nicht zuträglich ist."

III. Direkt ausgeschlossen von der Aufnahme sind:

1. Schwer Herzkranke, weil sie schon geringen körperlichen Anstrengungen wie dem Zurücklegen des Weges nicht gewachsen sind.

2. Fiebernd-Tuberkulöse; diese bedürfen absoluter Ruhe, um den fiebernden Zustand zu überwinden und zum Schwinden zu bringen und gehören daher in das Krankenhaus.

3. Tuberkulöse, die der Gefahr einer Lungenblutung besonders ausgesetzt sind. „Sie gehören in sorgfältig häusliche Pflege, oder in die Ruhe und Ordnung eines Krankenhauses."

---

1) Walderholungsstätten vom Roten Kreuz. Festschrift zur Feier des 10jährigen Bestehens. pag. 153.

2) Bedeutung der Walderholungsstätten. Dr. Oswald Feis, Frankfurt a. M.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

4. Einige wenige Anstalten schliessen grundsätzlich Kranke mit offener Tuberkulose aus. Dies Verfahren ist jedoch nur an jenen Orten angezeigt, wo eigene Heime für Siech-Tuberkulöse bestehen. Ein solches hat Schöneberg mit seiner „Heimstätte in Sternberg für Tuberkulöse aller Stadien" aufzuweisen. Wo aber solche nicht existieren, kann man billiger und gerechter Weise diese Ärmsten der Armen nicht ausschliessen; wissen doch gerade sie die Wohltaten eines Aufenthaltes in einer Walderholungsstätte zu würdigen; sie finden dort willkommene Zerstreuung und Ablenkung, und wenn auch nicht Heilung, so doch eine Besserung ihres ganzen Zustandes.

Erbauer von Walderholungsstätten.

Der Wirkungskreis der Walderholungsstätten ist nach dem Gesagten ein ziemlich grosser und weiter; er erstreckt sich sowohl auf Versicherte als auch Nichtversicherte. Daher ist es klar, dass als Bauherren verschiedene Interessenten in Betracht kommen. Die wichtigsten will ich hiermit anführen:

1. Städte. Dieser Fall ist jedoch nicht gar so häufig. Gewöhnlich sind es Stadtgemeinden mit grossen sozialen Einrichtungen. Ein Beispiel bietet Köln mit seiner Walderholungsstätte im Königsforst [1]). Manchmal tun sich auch grössere Gemeinden zusammen zur Errichtung und zum gemeinsamen Betriebe einer Walderholungsstätte.

2. Landesversicherungsanstalten. Sie haben für eine grosse Anzahl von Versicherten zu sorgen, und da liegt es nur in ihrem eigenen Interesse, ihre hierfür geeigneten Mitglieder in einer bei weitem billigeren Walderholungsstätte unterzubringen. Diese stehen dann vor allem Mitgliedern der betreffenden Landesversicherungsanstalt offen, und erst, wenn noch Plätze frei sind, werden sie Nichtmitgliedern zugänglich gemacht. Hier zu erwähnen sind die Walderholungsstätte der Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz im Aaper-Walde bei Düsseldorf und die Erholungsstätte Stübeckshorn der Landesversicherungsanstalt Hannover; letztere mit der Einschränkung, dass sie bereits im Jahre 1905 in ein Genesungsheim umgewandelt wurde.

Die Landesversicherungsanstalten bekunden ihr warmes Interesse an den Walderholungsstätten auch dadurch, dass sie zu ihrer Errichtung manchmal zinsfreie Darlehen oder Kapitalien zu einem sehr niedrigen Zinsfuss gewähren.

3. Krankenkassen, wie z. B. die Walderholungsstätte der Orts-

---

1) Aufriss und Grundriss davon finden sich am Schlusse der Arbeit abgedruckt.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

krankenkasse Mannheim I. Da aber einer „Krankenkasse die Bestreitung der immerhin beträchtlichen Kosten bei ihren beschränkten Mitteln nicht zugemutet werden kann", so empfiehlt sich das Zusammengehen mehrerer Krankenkassen zu diesem Zwecke. Diesen Weg haben die Krankenkassen von Sonneberg eingeschlagen.

4. Vaterländische Frauenvereine sind dazu besonders berufen, da doch Wohlfahrtseinrichtungen ihr spezielles Gebiet sind. Dann können sie auch bei ihrer gut ausgebauten Organisation und dem ihnen zur Verfügung stehenden amtlichen Apparate leicht die erforderlichen Mittel beschaffen. Erwähnt sei hier der Vaterländische Frauenverein Wiesbaden, der aus eigenen Mitteln die Walderholungsstätte Chausseehaus errichtete. „Diese ging dann durch Vertrag in das Eigentum der dortigen Krankenkassen über, die nun für die Aufbringung der erforderlichen Mittel und für die Verwaltung Sorge zu tragen haben."

Hieher gehören auch verschiedene Vereine und Korporationen, die ähnliche Zwecke wie der Vaterländische Frauenverein verfolgen und deren Pflege sich angelegen sein lassen.

5. Private. Ein wohlhabender, sozial denkender Privatmann lässt auf eigene Kosten eine Walderholungsstätte erbauen, die er dann fix und fertig zum Betriebe einem am Ort befindlichen Verein, in der Regel einem Verein zur Bekämpfung der Tuberkulose, übergibt. Solch hochherzige Beispiele haben aufzuweisen Berlin mit seiner Leopold Koppel-Erholungsstätte in Eichkamp, München mit seiner Josephine Abelschen Kinder-Walderholungsstätte in Holzapfelkreuth. Besonders aber sind anzuführen Nürnberg mit seinen drei Walderholungsstätten der „Frida Schramm-Stiftung" und die Luise Gueury-Stiftung in M.-Gladbach.

Unter die Privatanstalten sind auch diejenigen zu rechnen, die von religiösen oder Wohlfahrtseinrichtungen und grösseren Betriebsunternehmungen erbaut werden. Diese haben in der Regel einen beschränkten Wirkungskreis, indem sie nur für die Angestellten und Arbeiter des betreffenden Unternehmens oder für die Angehörigen einer bestimmten Religion in Frage kommen.

6. Die unter 1 bis 5 aufgeführten Erbauer kommen verhältnismässig nur selten in Betracht. In den allermeisten Fällen wird sich ein Zusammenarbeiten aller dort genannten Faktoren zur Gründung von Walderholungsstätten als wünschenswert erweisen. Gewöhnlich nimmt ein am Orte bereits existierender Verein zur Bekämpfung der Tuberkulose oder ein eigens zur Errichtung von Walderholungsstätten gegründeter Verein die Angelegenheit in die Hand. Als Beispiele für den ersten Fall verdienen Erwähnung die auf Anregung von Professor Dr. Paul Krause gegründeten Vereine von Jena und Bonn. Dieser Verein wird dann einige oder wenn

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

irgendwie möglich alle der oben erwähnten Interessenten heranzuziehen versuchen. Dann muss er auch bestrebt sein, durch Vorträge und darauf bezügliche Zeitungsartikel die Beteiligung der Bevölkerung zu gewinnen.

Kosten.

Bevor man an den Bau geht, muss man sich selbstverständlich über den Kostenpunkt im reinen sein. Die Kosten werden sich je nach Grösse und Ausstattung stellen. Die erforderlichen Summen schwanken innerhalb weiter Grenzen. Eine der billigsten Walderholungsstätten, nämlich Bremen-Kattenturm erforderte einen Aufwand von 3444 M. Freilich ist dabei zu bemerken, dass der Platz sowie die als Wirtschaftsgebäude aufgestellte Döckersche Baracke geliehen wurden. Unter diese Summe wird man nicht mehr heruntergehen können. Die teuerste Walderholungsstätte, Strassburg, wurde mit einem Kostenaufwand von 51 000 M. erbaut. Der Grund, warum sich hier der Bau mit Einrichtung so hoch stellte, ist darin zu suchen, dass ein festes, solides Wirtschaftsgebäude auf eigenem Grund und Boden aufgeführt wurde und dass die Ausstattung bedeutende Summen verschlang. Auch stehen in dieser Anstalt eine grössere Anzahl von Betten für die Vollpfleglinge zur Verfügung. Hiemit sind die beiden Extreme gezeichnet. Die meisten Walderholungstätten jedoch erfordern für Bau und Einrichtung einen Aufwand von ungefähr 15 000 M.

Berechnet man aus den Kosten und der Belegziffer das Anlagekapital pro Kopf, so ergeben sich sehr geringe Zahlen. Dieselben betragen:

a) für Strassburg bei einem Kostenaufwand von 51 473.85 M. und einer Belegziffer von 200 Pfleglingen für den einzelnen Kranken 257.37 M.;

b) für die Leopold Koppel-Walderholungsstätte in Eichkamp bei einem Kostenaufwand von 37 883.90 M. und einer Belegziffer von 250 Kranken pro Kopf 151.53 M.;

c) für die Luise von Studt Erholungsstätte in Johannisthal bei einem Kostenaufwand von 40 000 M. und einer Belegziffer von 250 Kranken pro Kopf 160 M.;

d) für die Walderholungsstätte Unterberg-Posen bei einem Kostenaufwand von 5012.64 M. und einer Belegziffer von 100 Kranken pro Kopf 50.13 M.

Welch enormer Unterschied gegenüber den Kosten, die für ein Bett in einer Heilanstalt aufgebracht werden müssen; betragen sie doch für ein Bett die hohe Summe von 6000 M. Daraus ergibt sich augenscheinlich und zahlenmässig, wie viel billiger die Anlage

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

einer Walderholungsstätte im Verhältnis zu einem Sanatorium zu stehen kommt.

Nach dieser kleinen Übersicht über den Kostenpunkt wendet sich unsere Aufmerksamkeit einer weiteren, wichtigen Frage zu: „Wie werden die erforderlichen Mittel flüssig gemacht?“ Aufgabe des betreffenden Vereines muss es sein, die unter 1 bis 5 erwähnten Faktoren für die Sache der Walderholungsstätten zu interessieren. Diese finden sich gewöhnlich bereit, einen entsprechenden Beitrag zu gewähren. So haben folgende Anstalten einen mehr oder minder hohen Zuschuss gegeben.

1. Das Deutsche Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose: Früher stellte dasselbe die Döckersche Baracke gratis, jetzt gibt es einen Beitrag von gewöhnlich 5000 M.
2. Landesversicherungsanstalten.
3. Krankenkassen des Ortes und der Umgebung.
4. Die Stadt und benachbarte Gemeinden.
5. Ein am Orte existierender Vaterländischer Frauenverein, der in einigen Fällen auch die Auslagen für die Einrichtung bestreitet.

Sind alle diese Geber bereits in Anspruch genommen, die aufgebrachte Summe aber noch nicht ausreichend, so ist es Pflicht des Vereins das Fehlende zu beschaffen und herbeizubringen,

a) indem er Privatleute sowie Betriebsunternehmungen veranlasst, eine grössere Summe beizusteuern. Letztere lassen sich immer gewinnen, zumal ja der Nutzen der Walderholungsstätten gerade den Arbeitern ihrer Betriebe in erhöhtem Masse zu gute kommt;

b) durch Veranstaltung von Konzerten, Bazaren, Blumentagen. So hat z. B. die Stadt Zwickau einen Teil der Erträgnisse ihres Blumentages für diesen Zweck bestimmt;

c) eventuell auch noch durch eine Lotterie, die bei einem grösseren Unternehmen mit höheren Kosten von der Regierung meist genehmigt wird.

Unterhalt der Walderholungsstätten.

Mit dem Bau einer Walderholungsstätte allein ist es noch nicht getan. Es taucht sofort die Frage auf: „Wie bekommt man Kranke hinein, oder besser ausgedrückt, wie unterhält sich die Anstalt?“ Ist einmal der Bau mit seiner Einrichtung in allen Teilen fertig gestellt, so soll die Anstalt in der Weise lebensfähig sein, dass sie sich selbst unterhält, das heisst, aus ihren Einnahmen die laufenden Ausgaben bestreiten kann.

Dieses Ziel lässt sich nur dadurch erreichen:

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

1. dass die Krankenkassen des Ortes es sich angelegen sein lassen, der Walderholungsstätte für sie geeignete Kranke zu überweisen und die vereinbarten Verpflegungskosten zu tragen.

2. Auch die Landesversicherungsanstalten müssen ihre Mitglieder dorthin schicken und die Kosten der Kur bestreiten.

Nur dadurch ist es zu ermöglichen, ein festen, sicheren Stützpunkt zu schaffen, auf den man sich immer verlassen kann.

3. Stets wird sich auch eine grössere oder kleinere Zahl von sogenannten Selbstzahlern zur Kur einfinden, die keiner Versicherungsanstalt angehören und daher für ihre Kurkosten selbst aufzukommen haben.

4. Abgesehen von diesen Kategorien, soll noch anderen die Möglichkeit einer Erholungsstättenkur gegeben werden. Es sind dies alle jene, für die keine Krankenkassen und Landesversicherungsanstalten eintreten, denen aber auch die nötigen Mittel fehlen, um ihre Kurkosten aus eigenem zu bestreiten. Da die Walderholungsstätte diese Ausgaben nicht auf ihr Konto setzen kann, ist ein gangbarer Weg durch Errichtung von Freistellen gezeigt worden, wie dies bereits in Schöneberg geschehen ist. Für die Stiftung von Freiplätzen kommen in Betracht:

a) Gemeinden und Schulverwaltungen.

b) Betriebsunternehmungen, besonders zugunsten der Angehörigen ihrer Angestellten.

c) Private Wohltäter. Gerade der Privatwohltätigkeit ist hier noch ein grosses Arbeitsfeld vorbehalten.

d) Die Fürsorgestellen für Lungenkranke, deren Organe ja klaren Einblick bekommen in die schlechten pekuniären Verhältnisse ihrer Klienten. Sie wissen, wie notwendig in dem einzelnen Falle eine Kur ist, andererseits aber wissen sie ebensogut, dass der Kranke die Mittel für die Kur unmöglich aufbringen kann. Hier zur rechten Zeit und am rechten Orte einzugreifen, ist auch eine der vielen Aufgaben und zwar keineswegs eine der letzten der Fürsorgestelle.

5. Die Armenpflege soll für besonders Dürftige die Verpflegungskosten in der Walderholungsstätte übernehmen. Vor allem muss sie in Tätigkeit treten, wenn es sich darum handelt, Frauen und Kinder dort unterzubringen. Für die Männer treten in der Regel eine Reihe von Instituten ein, die für die grosse Menge der Frauen nur zum Teil, für Kinder überhaupt nicht in Betracht kommen. Für diese sollen aus wohltätigen Fonds die notwendigen Mittel bereit gestellt werden. Die eben angegebenen Quellen werden für den Unterhalt der Anstalt in den meisten Fällen genügen. Ja wenn die Besucherzahl hoch ist, wird sich sogar manchmal ein Überschuss erzielen lassen. Aber auch darauf ist hinzuweisen,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

dass einmal, besonders wenn die Witterungsverhältnisse eines Sommers sich sehr schlecht gestalten, die für den Unterhalt der Walderholungsstätte unbedingt notwendige Besucherzahl nicht erreicht wird. Die Folge davon wird ein mehr oder minder grosses Defizit sein. Aber deswegen darf der Betrieb nicht eingestellt, die Anstalt nicht geschlossen werden. Da gilt es, an die allgemeine Opferwilligkeit zu appelieren. Landesversicherungsanstalten und Gemeinden müssen eingreifen und durch freiwillige Spenden helfen. Ferner kann man durch Veranstaltung von Konzerten oder anderen Unterhaltungen die Ebbe in der Kasse zu beheben versuchen. Einige Orte haben sich damit geholfen, dass sie einen einmaligen oder jährlichen Mitgliederbeitrag erhoben und mit der dadurch erzielten Einnahme das Manquo beglichen.

Anlage.

Nachdem wir die Wege gezeigt haben, mit welchen Mitteln und Hilfen Walderholungsstätten sich errichten lassen, unter welchen Bedingungen sie sich unterhalten und der Fortbestand gesichert ist, müssen wir uns über die Anlage einer solchen Anstalt näher orientieren.

1. Platz. Als eine der ersten und wichtigsten Fragen ist hier die Platzfrage zu erledigen. Die Beschaffung eines geeigneten Platzes ist keineswegs so leicht, als man sich vielleicht denkt, ja sie kann unter Umständen grosse Schwierigkeiten machen. An den in Betracht kommenden Platz sind eine Reihe von Forderungen zu stellen, deren Erfüllung nicht immer so ohne weiteres zu bewerkstelligen ist.

Die erste Forderung lautet, der Platz darf nicht allzuweit von der Stadt entfernt sein, vielmehr soll er in unmittelbarer Nähe derselben gelegen sein, nicht mehr als 15 km von ihr entfernt. Die Kranken sollen nicht zuviel Zeit mit Eisenbahn- und Trambahnfahren verlieren. Damit ist schon eine zweite Forderung, die wir an den Platz stellen müssen, gegeben, nämlich dass er leicht und bequem mit Fahrgelegenheit erreichbar ist, sei es mit der Eisenbahn, sei es mit der Trambahn.

Der Weg von der Eisenbahnstation oder Trambahnhaltestelle darf nicht zu lang sein, darf höchstens 10—15 Minuten in Anspruch nehmen. Im entgegengesetzten Falle ist der Weg für viele Kranke zu anstrengend, die erzielten Heilerfolge werden durch die Strapazen des Weges wieder neutralisiert; auch bietet es grosse Schwierigkeiten, Kranke in die Anstalt zu bekommen. Sie scheuen davor zurück den langen Weg täglich zweimal zurückzulegen. Vor allem wird dies bei schlechtem Wetter in Erscheinung treten; die Kranken

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

bleiben einfach zu Hause, die Anstalt steht leer und damit ist der Zweck der Anstalt illusorisch gemacht. Wo möglich, führe der Weg bis zur Anstalt durch schönen, schattigen Wald. Durch Aufstellen von Bänken ist Gelegenheit zum Ausruhen zu bieten. Dies wird von den Schwächeren mit Freuden begrüsst und als Wohltat empfunden. Meist übernimmt die Forstverwaltung diese Aufgabe.

Aus dem Zwecke der Walderholungsstätten ergibt sich von selbst, dass die Anstalt abseits von der unruhigen, staubigen Verkehrsstrasse liegen soll, dass nicht das „Heer der Ausflügler" an ihr vorüberführen darf.

Die Luft muss rein sein, „nicht beeinträchtigt und verschlechtert durch in der Nähe befindliche viel Rauch und Staub entwickelnde Fabrikanlagen". Es soll ein schöner gegen Süden gelegener Platz sein, der gegen die rauhen Nord- und Ostwinde hinreichenden Schutz bietet. Ferner soll der Platz einen schönen Waldbestand aufweisen, die Bäume sollen nicht zu dicht stehen, damit die nötige Durchlüftung und Bestrahlung nicht hintan gehalten wird; daher nicht zuviel Unterholz, etwas ist ja immer erwünscht als willkommener Schattenspender an den heissen Tagen.

Auch auf den Boden selbst ist ein gewisses Augenmerk zu lenken. Am besten ist ein leicht durchlässiger Sandboden; dieser bietet nämlich den grossen Vorteil, dass auch bei lang anhaltendem Regen das Wasser rasch versickert; auch nach schweren Regengüssen ist er dann in kurzer Zeit wieder trocken. Entgegengesetzten Falles wird durch den feuchten, nasskalten Boden die Gesundheit der Pfleglinge gefährdet, es kommt leicht zu Erkältungen, abgesehen davon, dass die Kranken überhaupt gezwungen werden, sich in der Liegehalle aufzuhalten. Dieser Umstand kann sogar eine bedeutende Erhöhung der Betriebskosten zur Folge haben. In nassen, regenreichen Sommern wird dadurch die Heizung eines Raumes veranlasst, wenn anders man den Pfleglingen den Aufenthalt in der Anstalt möglich machen will. Selbstverständlich darf man sich, was die letzte Forderung anbelangt, nicht verhehlen, dass sie nicht in allen Fällen verwirklicht werden kann.

Endlich ist bei der Wahl des Platzes darauf Rücksicht zu nehmen, dass gutes, einwandfreies Trinkwasser sich leicht besorgen lässt. Die Herleitung von Wasser aus grosser Entfernung verursacht sonst grosse Mehrkosten.

Nach Erledigung dieser Forderungen handelt es sich noch um die Grösse des Platzes; sie variiert zwischen 0,75—2,0 ha und richtet sich natürlich nach der in Aussicht genommenen Belegziffer. Bei einer Belegziffer von 50—150 Pfleglingen genügt ein Raum von 0,75—1,5 ha, soll sie auf 250 erhöht werden, so sind ungefähr 2 ha zu beanspruchen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Nun fragt es sich noch, woher bekommt man den Platz. Gewöhnlich wird derselbe vom Fiskus oder den städtischen Kollegien auf eine bestimmte Zeit gegen eine geringe Anerkennungsgebühr zur Verfügung gestellt. Dieser Modus empfiehlt sich besonders dann, wenn mit sehr geringen Mitteln eine Walderholungsstätte errichtet werden soll; in solchem Falle können keine hohen Summen für den Ankauf eines teueren Platzes verausgabt werden. Steht jedoch ein reichliches Kapital zu Gebote, so wird man immer den Ankauf eines Platzes vorziehen. Dies ist für später von Bedeutung. Es kommt nämlich vor, dass nach einiger Zeit der Platz wieder geräumt werden muss, da ihn die Stadt zu einem anderen Zwecke benötigt. So erging es der König Friedrich August-Walderholungsstätte in Chemnitz. An ihrem alten Platze sollte ein neues Krankenhaus errichtet werden und der Walderholungsstätte blieb somit nichts anderes übrig, als sich nach einem neuen umzusehen. Dass hierdurch die Kosten erhöht werden, liegt auf der Hand.

Ist die Platzfrage endgültig und befriedigend gelöst, dann kann man an die Anlage der Anstalt gehen. Der Platz wird genau abgemessen und seine Grösse bestimmt. Er soll nicht zu gross gewählt werden, damit die Anlagekosten nicht zu hoch werden. Ein unbedingtes Erfordernis besteht nämlich darin, die ganze Anlage mit einem Zaun zu umgeben. Je grösser der Platz, desto grösser natürlich auch die Kosten für die Umzäunung. Am besten eignet sich ein Drahtzaun, der oben und unten noch eine Reihe Stacheldraht aufweist. Die Anschaffung von Staketzäunen stellt sich zu teuer. Ein Zaun ist unter allen Umständen erforderlich 1. damit Unbefugten der Zutritt zur Anstalt abgeschnitten ist, damit die Pfleglinge von aussen abgeschieden werden und unbehelligt und ungestört ihre Kur machen können. 2. Wird hierdurch der Vorteil geboten, dass die Kranken selbst einer strengen Kontrolle unterworfen werden können, wie es ihre Ankunft des Morgens und ihr Abgang des Abends verlangt, wie es ihr Verhalten des Tages über erfordert. Sie können auf diese Weise nicht unbemerkt und ohne Erlaubnis der Schwester die Anstalt verlassen. Man wird vielleicht dagegen einwenden, dies sei unnütz und daher überflüssig, denn die Leute seien doch erholungsbedürftig, von der Notwendigkeit der Kur überzeugt und kämen in der festen Absicht von den Heilfaktoren der Anstalt reichlichen Gebrauch zu machen. Dies mag wohl für die grössere Zahl der Besucher Geltung haben; dabei ist aber nicht zu vergessen, dass es wie überall so auch hier immer einige Elemente geben wird, welche sich nur wenig beherrschen, der lockenden Freiheit nicht widerstehen und daher nur durch direkten Zwang zu einer regelrechten Kur veranlasst werden können.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Der abgezäunte Platz ist zu planieren, Wege sind anzulegen, Rasenflächen abzugrenzen, an geeigneten Plätzen Bänke und Tische aufzustellen und an ruhigen, lauschigen Ecken kleine Lauben zu errichten. In manchen Walderholungsstätten für Männer werden alle diese Arbeiten, besonders jene, die zur Verschönerung der Anstalt beitragen, von Pfleglingen ausgeführt. Die Anstalt lieferte das Baumaterial und die Patienten verrichteten in ihren freien Stunden die kleinen Arbeiten. Vielen bietet eine solche Beschäftigung eine willkommene Abwechslung und Betätigung ihres Arbeitsdranges.

2. Eine Liegehalle war nach dem ersten Entwurfe von Becher und Lennhoff nicht vorgesehen. Die Patienten sollten ihre Liegestühle direkt im Freien aufstellen, nur bei schlechtem, regnerischen Wetter konnten sie in einer sogenannten Schutz- oder Unterstandshalle vor den Unbilden der Witterung Zuflucht finden. Dieser Zustand liess sich jedoch auf die Dauer nicht halten. Die weitere Entwicklung führte zur Errichtung einer eigentlichen Liegehalle und jetzt gehört dieselbe zu den wesentlichen Bestandteilen einer Walderholungsstätte. Bei kalter Witterung, wie wir sie während des Sommers der letzten Jahre leider nur zu häufig und zu lange hatten, ist eine Liegehalle unbedingt notwendig, abgesehen davon, dass schon eine Reihe von Walderholungsstätten für den Winterbetrieb eingerichtet ist. In ihnen halten sich die Pfleglinge bei schönem und schlechtem Wetter auf, zu den verschiedenen Tages- und Jahreszeiten. Die Kranken finden dort Schutz vor den Unbilden des Wetters, erfreuen sich aber trotzdem des Genusses der frischen, reinen Luft.

Die Grösse der Liegehalle richtet sich nach der Zahl der in ihr unterzubringenden Personen. Wenn möglich, sollen aber nicht mehr als 50 in einer Liegehalle Unterkunft finden. Ist die Belegziffer eine höhere, so empfiehlt sich der Bau von mehreren Liegehallen an Stelle einer einzigen grossen. Der Betrieb vollzieht sich dann ruhiger und ungestörter. Sind zu viele Patienten in e i n e r Liegehalle untergebracht, dann ist es auch unvermeidlich, dass öfters kleinere Reibereien entstehen. Weun die Walderholungsstätte Männer und Frauen zugleich aufnimmt, so ergibt sich die Forderung der Anlage von zwei Liegehallen von selbst.

Die Liegehalle wird aus Holz erbaut und ruht, bei weniger durchlässigem Boden sehr empfehlenswert, auf Betonpfeilern um die aufsteigende Bodenfeuchtigkeit abzuhalten. Die Halle ist auf drei Seiten geschlossen; ihre Aufstellung muss in der Weise erfolgen, dass sie mit der geschlossenen Seite nach der Windrichtung sieht, mit der offenen wo möglich nach Süden, damit Licht und Sonne ungehindert den grössten Teil des Tages über die Halle durchfluten

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

können. Die Grössenverhältnisse der Liegehalle sind bei einer Belegziffer von 50 Kranken ungefähr folgende:

Länge 20 m, Tiefe 5 m, Höhe vorne 4 m, hinten $3^1/_2$ m. Das Dach kann man vorne etwas vorspringend bauen, damit der Regen nicht so leicht in die Halle schlägt. Einige Walderholungsstätten haben die Liegehalle auf der offenen Seite mit Vorhängen, andere sogar mit verschiebbaren Fenstern versehen, um bei besonders schlechtem Wetter ihren Pfleglingen vollständigen Schutz zu gewähren.

Wo sind endlich die Liegehallen zu errichten? Dies wird von den verschiedenen Anstalten verschieden gehalten. Die einen stellen die Liegehalle getrennt vom Wirtschaftsgebäude auf, andere im direkten Anschluss und unmittelbaren Zusammenhange mit ihm. Für das letztere gibt es noch einen doppelten Modus:

1. die Liegehallen umgeben auf drei Seiten das Wirtschaftsgebäude oder

2. sie lehnen sich auf beiden Seiten als Flankenbau an dasselbe an. Welche Art im gegebenen Falle anzuwenden ist, hängt ganz von der Örtlichkeit und dem Geschmacke der Erbauer ab.

Im Betriebe der Walderholungsstätten ist es gelegen, dass die Kranken von Morgens bis Abends in der Anstalt sich aufhalten und dort auch verpflegt werden. Daraus ergibt sich wieder als weiteres notwendiges Erfordernis.

3. ein eigenes Wirtschaftsgebäude. In der historischen Entwicklung der Walderholungsstätten ist als Wirtschaftsgebäude zuerst die Döckersche Baracke aufgetreten. Sie bietet den Vorteil, dass die Anschaffungskosten sehr gering sind, ungefähr 4000 M. — früher wurde sie sogar leihweise vom Deutschen Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose gestellt, das jetzt einen einmaligen Zuschuss von verschiedener Höhe gewährt. — Zugunsten der Döckerschen Baracke spricht ferner, dass sie leicht aufgebaut, abgebrochen und auch an einen anderen Ort transportiert werden kann. Auf die Dauer stellte sie sich aber doch als ungenügend heraus. Ihre Anschaffung ist zwar billig, aber was dabei anfangs gespart wird, das verschlingt wieder später die Instandhaltung. Die Baracke muss nämlich jedes Jahr im Herbst abgebrochen, den Winter über in der Nachbarschaft oder der Stadt aufbewahrt und im Frühjahr wieder aufgebaut werden. Hierdurch entstehen bedeutende Kosten. Diese liessen sich einigermassen dadurch herabsetzen, dass der Abbruch und Wiederaufbau der Döckerschen Baracke von der Sanitätskolonne des betreffenden Ortes übernommen und besorgt wurde. Diese alljährlichen Ausgaben führten schliesslich dazu, dass man die Baracke im Herbst überhaupt nicht mehr abbrach, sondern einfach den Winter über stehen liess. Dabei waren die Ausgaben

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

für die durch die Ungunst des Winters notwendig gewordenen Ausbesserungen und Reparaturen bedeutend geringer und niedriger, als die vorher verursachten Abbruch- und Aufbau-Kosten. Ein anderer Nachteil der Döckerschen Baracke ist, dass sie für den Winterbetrieb sich nicht eignet, da sie zu wenig Raum bietet, um der leitenden Schwester und dem Personal während der Nacht passende Unterkunft zu gewähren, vor allem um sie vor der Kälte des Winters zu schützen. Diese Umstände liessen die Döckersche Baracke als Wirtschaftsgebäude weniger geeignet erscheinen und führten daher zur Errichtung eines festen soliden Fachwerkbaues. Freilich ist damit die Döckersche Baracke noch lange nicht ausgeschaltet. Es wird auch jetzt noch immer die Frage zu beantworten sein, ob Döckersche Baracke oder Fachwerkbau. Ihre Lösung hängt in letzter Instanz vom Platze ab. Wird der Platz, wie es meistens der Fall ist, widerruflich und auf unbestimmte Zeit geliehen, so dass man immer mit seiner Räumung rechnen muss und einer damit verbundenen Verlegung der Anstalt, so ist die Döckersche Baracke sehr empfehlenswert. Sie kann jederzeit abgebrochen und nach einem andern Orte transferiert werden. Die Errichtung eines festen Baues ist dann angezeigt, wenn der Platz auf eine grössere Reihe von Jahren, mindestens zehn Jahre, zur Verfügung steht, da sich in dieser Zeit das Gebäude amortisiert, wenn man die Auslagen für das Instandhalten der Döckerschen Baracke berechnet. Um volle Sicherheit zu haben und auch gegen eine etwaige Kündigung des Platzes gewappnet zu sein, ist man an die Errichtung eines vollständig zerlegbaren Fachwerkbaues gegangen, wie dieselben von der Deutschen Barackenbaugesellschaft in Köln geliefert werden. Das ganze Gebäude kann bequem zerlegt und ohne bedeutende Kosten an einem anderen Orte aufgestellt werden. In allen jenen Fällen aber, in denen der Platz Eigentum des Vereines ist, wird man einen festen soliden Bau aufführen, sei es aus Holz, sei es aus Stein. Wenn der Betrieb auf das Frühjahr und die Herbstmonate oder gar auf den Winter ausgedehnt werden soll, so lässt sich dies überhaupt nicht umgehen.

Raumeinteilung des Wirtschaftsgebäudes.

Dient eine Döckersche Baracke als Wirtschaftsgebäude, so handelt es sich darum, den vorhandenen Platz den einzelnen Bedürfnissen entsprechend richtig zu verteilen. Unbedingt notwendig sind folgende Räumlichkeiten [1]):

---

1) Die Walderholungsstätten der Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz im Aaper Walde bei Düsseldorf. pag. 6.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

1. Ein Raum in der Ausdehnung von 5:5 m für die Küche.

2. Ein gleich grosser Raum zur Aufbewahrung von Gerätschaften wie Liegestühle, Wolldecken, eventuell Spiele. Er hat auch als Schlafraum für den Wärter zu dienen.

3. Ein Zimmer für die leitende Schwester der Anstalt; dieses ist zugleich als Bureau zu verwenden.

4. Eine Vorratskammer, in der die für den Betrieb notwendigen Nahrungsmittel untergebracht werden, sofern sie nicht jeden Tag frisch aus der Stadt bezogen werden.

5. Ein Baderaum mit Badeofen und Badewanne.

6. Ein Raum mit einem Bett, das bei plötzlichen Erkrankungen benutzt werden kann.

Neben der Döckerschen Baracke braucht man noch einen sogenannten Wirtschaftshof zur Aufbewahrung von Holz und Kohlen: in ihm werden Kartoffeln geschält und das Gemüse geputzt sowie die anderen Putzarbeiten verrichtet. Als Hauptnachteil wird dabei empfunden, dass kein Keller vorhanden ist. Diesen Übelstand suchte man zu beheben durch den Bau eines kleinen Milchkellers, um darin wenigstens das notwendigste Nahrungsmittel, die Milch, in gutem, kühlen Zustande aufbewahren zu können. Zu diesem Zwecke errichtete man „eine Holzhütte mit doppelten Wänden, deren Zwischenräume mit Torfmull ausgefüllt werden. Ihre Länge beträgt 3 m, Breite 4 m, Höhe $2^1/_2$ m. Der Fussboden liegt 1 m unter der Hoffläche, das Dach ist mit einer 30 cm dicken Sandschicht bedeckt.“ Solch ein Milchkeller ist billig zu erbauen und erfüllt seinen Zweck vollauf.

Entschliesst sich eine Walderholungsstätte aus oben angeführten Gründen für einen festen Bau, so hat man gleich bei der Anlage darauf zu achten, dass eine genügend grosse Anzahl von Räumen zur Verfügung steht, damit spätere kostspielige Erweiterungsbauten überflüssig werden. Dem grösseren, ausgedehnteren Betriebe entsprechend sind folgende Räume von nöten:

1. Küche mit Spülraum und Anrichte.

Ein Keller zur Aufbewahrung von Nahrungsmitteln wie Speisen und Milch wird am besten geschaffen durch allgemeine Unterkellerung des Gebäudes. Dieser kann auch als Vorratskammer benützt werden.

2. Speisesaal von entsprechender Grösse, der mit der Anrichtsküche in Verbindung steht, am zweckmässigsten durch ein Schiebefenster. Nebst Stühlen und Tischen gehört ein Ofen zu den Einrichtungsgegenständen. In manchen Gegenden ist nämlich das Klima so rauh, dass man mit einer grösseren Anzahl von Regentagen immer rechnen muss. Und da ist den Kranken Gelegenheit zu bieten, sich wenigstens im Speisesaal ordentlich zu erwärmen. Soll

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die Walderholungsstätte auch im Winter offen stehen, so muss natürlich Heizgelegenheit des Speisesaals vorhanden sein.

3. Ein Bureauzimmer für die leitende Schwester.

4. Ein Arztzimmer; unbedingt notwendig in einer Kinder-Erholungsstätte. Hier befinden sich ja die Kinder Tag für Tag in direkter, ärztlicher Behandlung.

5. Garderobe, in der die Kranken ihre Kleidungsstücke, Wolldecken, Liegesäcke usw. aufbewahren können.

6. Bad und zwar Wannen- und Brausebad, letzteres mit einer regulierbaren Brausevorrichtung versehen.

7. Ein Waschraum, in dem sich die Kranken nach den Mahlzeiten waschen. Hier ist auch Gelegenheit zu geben, die Spuckflaschen zu entleeren und zu reinigen.

8. Je ein Schlafzimmer für die Schwester und die Mägde, vorausgesetzt, dass dieselben nicht in der Nachbarschaft eingemietet werden, wie es die Döckersche Baracke ohnedies notwendig macht. Auch für den Wärter ist Schlafgelegenheit zu beschaffen.

9. Endlich ein Zimmer mit einigen Betten, in denen nötigen Falles Kranke übernachten können. Walderholungsstätten mit Nachtbetrieb müssen einen grösseren Schlafsaal besitzen. Die beiden letzten Räume werden am besten im ersten Stock untergebracht.

Inventar.

I. Für das Wirtschaftsgebäude:

Ein Küchenherd, mehrere Kochtöpfe, die notwendige Zahl von Essnäpfen, Messern, Gabeln und Löffeln. Unter Umständen ein eigener Milchkocher; einige Restaurationstische zum Anrichten und für die Ausgabe der Speisen. Eisschrank, Trinkbecher mit Nummern versehen und ein Gestell zu ihrer Aufbewahrung.

Für das Bureau: Schreibtisch, Tisch und einige Stühle, Kleiderschrank, Regal für die Schriftstücke, Dezimalwage mit Gewichten.

Für das Bad und den Waschraum: Waschbecken, Frottiertücher, Handtücher. Einige Anstalten lassen die Handtücher von den Patienten mitbringen; dies Verfahren ist aber nicht empfehlenswert.

Notwendig sind ferner je eine Bettstelle mit Bett, Wolldecke, Bettwäsche für die Schwester, Köchin, Magd, eventuell Kindergärtnerin sowie für den Wärter.

II. Für die Liegehallen:

Liegestühle, besonders bewährt haben sich die Triumpfliegestühle. Wollene Decken und wattierte Schlafsäcke im Falle des Nachtbetriebs. Hängematten für die Schwerkranken, die sie sehr zu

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

schätzen wissen. Eine grössere Anzahl von Spucknäpfen und Spuckflaschen für die Tuberkulösen mit Auswurf.

Hiermit will selbstverständlich keine vollständige Aufzählung der Einrichtungsgegenstände gegeben werden, sondern nur eine annähernde Orientierung darüber.

Brunnen.

Auf die Beschaffung guten einwandfreien Trinkwassers ist schon bei der Wahl des Platzes Rücksicht zu nehmen. Kann man den Anschluss an eine städtische Wasserleitung herstellen, so ist dies ein eminent grosser Vorteil. Aber nur in seltenen Fällen wird dies zu ermöglichen sein, nämlich dann, wenn die Wasserleitung in unmittelbarer Nähe vorüberführt; in jedem anderen Falle wird man davon abstehen müssen, weil sich die Herleitung des Wassers über eine grosse Strecke mit ausnehmend hohen Kosten verbindet. Meistens bleibt nichts anderes übrig als die Erbohrung eines eigenen Brunnens vorzunehmen, sei es eines abessinischen Röhrenbrunnens, sei es eines gewöhnlichen Pumpbrunnens. In der Regel gewinnt man auf diese Weise gutes Trinkwasser ohne allzu hohe Kosten. Um über die Unschädlichkeit des so gewonnenen Wassers volle Sicherheit zu haben, muss es von einem hygienischen Institut daraufhin genau untersucht werden. Die Anlage des Brunnens selbst hat in jeder Hinsicht den hygienischen Anforderungen zu genügen. Der Boden um den Brunnen herum muss durch Ziegelsteinpflaster, das mit einem Zementüberzug versehen ist, vollkommen abgedichtet werden, damit von den Schmutzwassern nichts in den Brunnenschacht zurücklaufen kann.

Abort.

Zu den notwendigen Baulichkeiten gehört ferner ein Abort. Derselbe wird am besten in einem verborgenen, abseits gelegenen Winkel des Geländes erbaut. Bei einem Fachwerk- oder Steinbau als Wirtschaftsgebäude werden die Aborte in diesem untergebracht. Meist werden Torfmullstreuklosetts angelegt. Die Desinfektion besorgt man durch Kalkwasser. Ein ausgezeichnetes Mittel, um die Umgebung am sichersten vor den stinkenden Gasen zu schützen, besteht darin, die Oberfläche der Abortgrube mit einer Saprolschicht abzuschliessen.

Auch für die Beseitigung der Haus- und Abortabwässer ist Sorge zu tragen. Hiefür kommen verschiedene Wege in Betracht:

1. Die Abfallstoffe und Abwässer werden in einer gut auszementierten Grube gesammelt. Dieselbe muss genügend gross sein, damit nicht zu oft eine Entleerung notwendig wird, — während

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

eines Betriebsjahres höchstens 2—3 mal. Die Entleerung erfolgt durch Ausschöpfen oder noch besser auf pneumatischem Wege.

2. Auch das Tonnensystem findet Anwendung. Die Tonnen werden dann von Zeit zu Zeit abgefahren. Dies Verfahren aber bringt den Nachteil mit sich, dass das Abfahren im Laufe eines Jahres öfters zu geschehen hat und dadurch grössere Betriebskosten verursacht werden.

3. Am einwandfreiesten und leichtesten vollzieht sich die Beseitigung der Abfallstoffe und Abwässer, wenn der Anschluss an eine Kanalisation erfolgen kann. Dieses Ziel wird sich ebenso wie der Anschluss an eine Wasserleitung nur ausnahmsweise erreichen lassen.

4. Zur Beseitigung der Abwässer, namentlich der Küchenabwässer, leisten auch die sogenannten Sickergruben gute Dienste. In einer Grube, die in gehöriger Entfernung von der Anstalt angelegt wird, werden die Abwässer gesammelt und dort der natürlichen Versickerung in dem leicht durchlässigen Boden überlassen.

Welches von diesen Verfahren anzuwenden ist, hängt von Lage und Örtlichkeit ab. Dass man in einem Lehmboden keine Sickergruben gräbt, liegt schon in der Natur der Sache.

Spielplatz.

In keiner Anstalt soll ein kleiner Spielplatz fehlen. Für eine Kinder-Erholungsstätte bietet derselbe ein unabweisbares Bedürfnis; denn ohne denselben ist es unmöglich, die Kinder zweckentsprechend zu beschäftigen und ihnen den Aufenthalt lieb und angenehm zu gestalten. Für Kinder empfiehlt sich die Anlage eines Sandspielplatzes, für Erwachsene Krocketspiele oder Luftkegel. In einzelnen Walderholungsstätten hat man auch eine Kegelbahn gebaut; ihre Anlage ist nur zu befürworten, wenn ein genügend grosser Raum zur Verfügung steht, so dass das Spiel ohne Störung der übrigen Kranken vor sich gehen kann. Einzelne Anstalten haben auch Turngeräte aufgestellt; ihre Benutzung ist jedoch keine allgemeine, sondern muss von Fall zu Fall eigens erlaubt werden.

Personal.

Der Umfang des Personals ist je nach Grösse und Art des Betriebes ein wechselnder. Mit folgenden Personen wird man meist auskommen:

1. Eine Schwester, der die ganze Betriebsleitung obliegt und die den schriftlichen Verkehr mit dem Vereine und den Krankenkassen erledigt. Sie sorgt für Ruhe und Ordnung in der Anstalt

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

und bürgt dafür, dass die Patienten zur rechten Zeit eintreffen, nicht zu früh weggehen und überhaupt den Aufenthalt in der Walderholungsstätte gewissenhaft zu ihrer Erholung benutzen. Sie muss eine erfahrene Person sein, die es versteht mit Kranken umzugehen, und der die Pfleglinge auch Vertrauen und Zuneigung entgegenbringen. Nur dadurch wird es ihr möglich sein, ihrer Aufgabe vollauf zu genügen.

2. Eine Köchin und 1 bis 2 Mägde zur Besorgung der Haus- und Küchenarbeiten.

3. Ein Wärter, der nebenbei den Posten eines Nachtwächters auszufüllen hat. Da die Anstalt abgelegen im Walde sich befindet, ist ein solcher sehr notwendig, denn sonst riskiert man den Besuch ungebetener Gäste. Jene Walderholungsstätten, die im Winter geschlossen sind, empfehlen während dieser Zeit ihre Anlagen dem Wohlwollen und der Aufmerksamkeit der Forstbeamten und der Gendarmerie.

4. In Kinderwalderholungsstätten erfordert sich die Anstellung von Kindergärtnerinnen, deren Aufgabe es ist, die Kinder zu überwachen, ihre Spiele zu leiten, sowie auch die „Erziehung[1]) zu Anstand und Sitte der oft verwahrlosten Kinder“ in die Hand zu nehmen.

Ist mit der Anstalt ein Schulunterricht verbunden, so braucht man auch eine Lehrkraft, die meist von der Schulbehörde gestellt wird.

5. „Last not least“ kommt eine weitere Persönlichkeit, nämlich ein Arzt. Seine Tätigkeit besteht in der Aufsicht über die hygienischen Verhältnisse der Anstalt wie Wasserversorgung, Abfuhr der Abfallstoffe, Desinfektion. Eine ärztliche Behandlung findet in der Anstalt nicht statt. Der Kranke verbleibt vor wie nach in der Behandlung des zustehenden Arztes und hat sich dessen Anordnungen zu unterwerfen.

Der Anstaltsarzt sucht die Walderholungsstätte wöchentlich ungefähr zweimal auf, Kinder-Walderholungsstätten besucht er täglich. Sein Wirken ist in erster Linie der Aufklärung gewidmet; nur bei drohender Gefahr wie z. B. Bluthusten wird er aktiv eingreifen.

Arten von Walderholungsstätten.

1. Für Männer und Frauen: Die Walderholungsstätten gemischten Charakters stellen ein ziemlich grosses Kontingent. Viele Städte können sich eben den Luxus einer eigenen Walderholungsstätte für Frauen und Männer nicht leisten. Abgesehen von den

1) Walderholungsstätten vom Roten Kreuz. Festschrift zur Feier des 10jährigen Bestehens 1899—1909. pag. 137.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Anlagekosten spielen auch die Betriebskosten dabei eine grosse Rolle. Eine Anstalt unterhält sich um so leichter, je mehr Patienten sie aufnimmt und verpflegt. Da nun kleinere Städte für eine eigene Männer- und Frauen-Erholungsstätte nicht die genügende Anzahl von Kranken zu schicken vermögen, so führt dieser Umstand zur Errichtung von Erholungsstätten gemischten Charakters. Es wurde darüber gestritten, ob es angezeigt sei, Kranke verschiedenen Geschlechtes in ein und derselben Anstalt unterzubringen. Man befürchtete nämlich, es würden sich Schwierigkeiten im Betriebe und in der Aufrechterhaltung der Ordnung bemerkbar machen. Diese Befürchtungen haben sich jedoch nicht erfüllt, wie die reichen Erfahrungen bis dato bewiesen. Und die kleinen Differenzen, die dann und wann einmal auftraten, liessen sich ohne grosse Schwierigkeit wieder beheben. Es ist daher keineswegs gerechtfertigt, dieser Art von Walderholungsstätten Bedenken entgegenzubringen.

Der Betrieb in diesen Anstalten vollzieht sich verschieden. In einigen liegen Männer und Frauen in der nämlichen Liegehalle, essen im gleichen Speisesaal. Andere hinwiederum führen in der Anstalt eine strenge Trennung nach den Geschlechtern durch. Männer und Frauen haben eine eigene Liegehalle, der Speisesaal jedoch ist gemeinsam. Dritte sind noch weiter gegangen. Ausser der eigenen Liegehalle haben sie einen eigenen Speisesaal für Männer und Frauen erbaut, während sich Vierte damit zu helfen verstanden, dass sie Männer und Frauen zu verschiedenen Stunden speisen lassen; hiedurch ist ein zweiter Speisesaal erspart und die Trennung ist doch durchgeführt. Aus dieser teilweisen Trennung entwickelte sich schliesslich die vollständige. Man baute eine eigene Walderholungsstätte sowohl für die Männer als auch für die Frauen in der Weise, dass sie nicht zu weit voneinander entfernt lagen. Der Betrieb erfolgt von einem gemeinsamen Wirtschaftsgebäude aus, das am zweckmässigsten der Frauenabteilung angehört. Dies bietet den grossen Vorteil, dass Frauen in der Wirtschaft bei leichterer Arbeit beschäftigt werden können. Damit wird an Personal gespart und zugleich werden die Betriebskosten verringert.

Wie gesagt, wagen sich an die Erbauung von Separatanstalten für Männer und Frauen nur grössere Städte. Kleinere sind davon aber keineswegs ganz ausgeschlossen. Letztere errichten aber dann gewöhnlich nur eine Walderholungsstätte und verfahren in der Weise, dass sie entweder nur Männer oder nur Frauen in dieselbe schicken, je nachdem das Bedürfnis am grössten ist. So haben wir jetzt eigene Walderholungsstätten

2. für Männer allein, deren ungefähr 23 existieren. Wie schon ihr Name sagt, finden in ihnen nur Männer Aufnahme. Einige sind etwas weitherziger und nehmen auch Kinder, vor allem Knaben auf,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

um diesen die Wohltaten und Segnungen der Erholungsstätte nicht vorzuenthalten. Von letzteren sind zu erwähnen: Breslau-Carlowitz und Hannover-Vinnhorst. Neben den Männer-Walderholungsstätten bestehen auch solcher eine Anzahl

3. für Frauen. Diese sind jedoch erst später auf den Plan getreten. Der Grund hiefür ist ein doppelter. 1. Traten für Frauen die Versicherungsanstalten nicht in dem Masse als Zahler der Verpflegungskosten ein wie bei den Männern. 2. War nur schwer die für den Betrieb nötige Zahl von Patientinnen aufzubringen. Die Lösung hiefür gibt Lennhoff, wenn er sagt[1]): „Da bekamen wir mit Leichtigkeit hinein unverheiratete junge Mädchen. Aber jetzt zeigte sich etwas ganz Neues und Unerwartetes: Die Frauen konnten wir fast gar nicht hinausbekommen und zwar besonders Frauen, die kleine Kinder zu Hause hatten. Sie können sich von den Kindern nicht trennen.“ Bei schulpflichtigen Kindern lässt sich die Sache leichter machen; sind sie doch einen grossen Teil des Tages in der Schule und hernach finden sie in den jetzt überall bekannten Knaben- und Mädchenhorten vortreffliche Unterkunft und Beaufsichtigung. Mit den nichtschulpflichtigen Kindern, besonders aber mit den Säuglingen ergeben sich grosse Schwierigkeiten, da sie doch unmöglich allein zu Hause gelassen werden können. Den richtigen Ausweg hat auch hier wiederum Lennhoff gefunden[1]): „Diesen Frauen erlauben wir, ihre kleinen Kinder mit in die Erholungsstätte zu bringen. Das geht, weil sie die Kinder morgens und abends in angemessener Weise versorgen können. So haben wir durch die Erholungsstätte erreicht, dass wir einen ganz erheblichen Teil von Personen, die einer entsprechenden Behandlung bedürfen, die auf keine andere Weise zu irgend einer angemessenen Behandlung überhaupt zu bekommen sind, eine gesundheitliche Versorgung ermöglichen. Gleichzeitig haben wir mit derselben Klappe die zweite Fliege geschlagen, dass die Kinder nun auch nach draussen ins Freie kamen, sowohl die Säuglinge wie die Kinder von ein, zwei, drei, vier Jahren.“ Den Kindern wird so Gelegenheit geboten, den Tag in frischer, reiner Luft unter einwandfreien hygienischen Verhältnissen zu verbringen. Da wir nun heutigen Tages wissen, dass gerade im Kindesalter die tuberkulöse Infektion erfolgt, so ist es von unermessbarem Werte, wenn wir die Kinder der ihnen drohenden Gefahr entreissen.

Freilich fehlt es auch nicht an Einwänden, die gegen das Mitbringen der kleinen Kinder vorgebracht werden. Die erholungsbedürftigen Frauen würden durch die Anwesenheit der Kinder in ihrer Ruhe gestört. Ein wirklicher Nachteil besteht auch darin,

1) Lennhoff, Walderholungsstätten und Genesungsheime. pag. 10.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

dass die Frauen einen Teil der für sie so notwendigen und eben ausreichenden Nahrung an ihre Kinder abgeben, und sie nun selbst darunter leiden, so dass der Erfolg der Kur beeinträchtigt wird. Diesen Übelständen ist aber verhältnismässig leicht zu begegnen. Man lässt eben nicht zuviel Kinder mitnehmen, oder den Kindern wird die Verpflegung gratis gewährt, oder dafür nur ein ganz geringes Entgelt erhoben. Zuweit können diese Vergünstigungen natürlich nicht gehen, denn sonst geht es auf Kosten der Anstalt.

Werden Kinder in eine Walderholungsstätte für Erwachsene aufgenommen, so sind auf jeden Fall gewisse Massregeln zu treffen. Ohne weiteres ist klar, dass man die Kinder nicht unter den Erwachsenen lassen darf. Die Kranken bedürfen vor allem der Ruhe, den kleinen Gästen aber fällt es schwer, sich ruhig zu verhalten. Daher ist eine Trennung resp. Absonderung der Kinder von den Erwachsenen nicht zu umgehen. Es werden für sie eigene Liegehallen errichtet in einem abgelegenen Winkel der Anstalt. Dort halten sich die Kinder auf, treiben ihre Spiele, sind lustig und vergnügt, stören aber trotzdem nicht die Ruhe der Kranken. Selbstverständlich müssen sie unter guter Aufsicht stehen. Auf diese Weise haben die „Erwachsenen ihre Ruhe, die Kinder ihre Bewegungsfreiheit". Aber gewisse Missstände waren damit immer noch verbunden und es stellte sich mehr und mehr das Bedürfnis heraus, eigene Walderholungsstätten

4. für Kinder zu erbauen. Die erste ihrer Art war Schönholz bei Berlin. Diese Walderholungsstätten sind in erster Linie für schulpflichtige Kinder ausersehen, aber es können auch nichtschulpflichtige Kinder Aufnahme finden. Ihre Errichtung empfiehlt sich im Anschluss an eine Frauen-Erholungsstätte. Von dieser aus kann die wirtschaftliche Leitung geführt werden, wodurch sich der ganze Betrieb verbilligt; die Frauen können aber auch andererseits um so leichter ihre Kinder mitnehmen; sie bringen dieselben morgens heraus, abends wieder zurück, tagsüber sind die Kinder von ihnen getrennt in ihrer eigenen Anstalt. Diejenigen Städte, die keine Kinder-Walderholungsstätte besitzen, suchten sich in der Weise zu helfen, dass sie die Knaben in die Männer-, die Mädchen in die Frauenerholungsstätte schicken.

Ausser dem eben gezeichneten Typus von Kinder-Walderholungsstätten gibt es den noch ausgebildeteren, die vollständig in sich geschlossene und unabhängige Anstalt mit eigenem Wirtschaftsgebäude und eigenem Personal. Viele derselben sind für Tag- und Nachtkuren eingerichtet und daher mit Schlafzimmern versehen.

Auf dem Boden der Kindererholungsstätte ist eine andere Einrichtung erstanden, die bereits zu grosser Bedeutung gekommen ist, nämlich die Waldschule. Die Kinder sollen in ihr keinen rein

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

systematischen Unterricht erhalten, sondern es soll das bereits Gelernte nur tiefer eingeprägt werden. Ihr eigentlicher Zweck aber besteht darin, dass die Kinder das Arbeiten nicht verlernen und verwöhnen, nicht die Freude an der Schule verlieren, dass sie, wenn sie im Herbste die Volksschule wieder aufsuchen, nicht nur körperlich, sondern auch geistig gekräftigt sind. Anderen Falles setzt man sie der Gefahr aus, dass durch die ungewohnten Anforderungen der Schule die ganzen Kurerfolge in Frage gestellt werden. Beinahe alle Kinder-Walderholungsstätten sind daher mit einer kleinen Waldschule verbunden. Diese Schulen haben keinen eigenen Schulsaal. Die Schulbänke werden im Freien aufgestellt und im Schatten der Bäume unterrichtet der Lehrer oder die Lehrerin die kleine Schar.

5. In der Fürsorge für Kinder ist man schliesslich noch weiter gegangen und erbaute sogar für die Säuglinge Walderholungsstätten. Den Anfang damit hat Pankow-Schönholz gemacht. „Auf einem unmittelbar an die Frauenerholungsstätte Pankow-Schönholz angrenzendem Waldterrain wurde eine Döckersche Barackc als Schlafraum für zunächst zwölf Säuglinge errichtet. Ein Teil der Säuglinge bleibt Tag und Nacht, ein Teil derselben, deren Mütter kräftig genug sind, nur am Tag in der Erholungsstätte. Die Säuglinge geniessen ausser dem Vorteil der Freiluftbehandlung noch den Vorzug, dass ihnen vollkommen einwandfreie Milch geliefert wird“ (Schellenberg). Hiedurch ist zugleich ein neuer Weg gezeigt, um der gerade in den niedrigen Volksschichten so krass auftretenden Säuglingssterblichkeit teilweise wirksam begegnen zu können.

Zeit der Kur.

Die meisten Walderholungsstätten sind in dem Sinne errichtet, dass der Betrieb sich auf die Sommermonate erstreckt, welche die besten Chancen für eine gute und erfolgreiche Kur liefern. Die Sommerkuren waren zuerst in Aussicht genommen und die Mehrzahl der Walderholungsstätten — es sind deren 65 — hat auch diese Form des Betriebes bis jetzt beibehalten. Die Zeit von Anfang Mai bis Ende September bietet die besten Bedingungen für die Erholung der Kranken, die Kranken kommen aber auch selbst zur Sommerzeit, wo das schöne Wetter und die liebe Sonne lockt, am liebsten aus ihren dumpfen, dunklen Wohnungen in die frische, belebende Waldesluft, abgesehen davon auch, dass um diese Zeit der Hin- und Rückweg am wenigsten Unannehmlichkeiten bietet.

Die günstigen Erfolge, die man mit den Sommerkuren erzielte, führten schliesslich zu der Erwägung, ob man die Anstalten nicht auch den Winter über offen halten sollte. Die Walderholungsstätten

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

mit Nur-Sommerbetrieb bilden ein Kapital, das den grössten Teil des Jahres nicht arbeitet, während doch eben im Winter es nicht weniger Erholungsbedürftige gibt als im Sommer. Im Gegenteil, gerade zu dieser Zeit bedürfen noch viel mehr der Erholung, zumal sich im Winter die Wohnungsnot unserer Grossstädte in um so grellerem Lichte zeigt. Im Sommer stehen dem Angehörigen der unteren Bevölkerungsschichten verhältnismässig mehr Räume zur Verfügung, in denen er sich aufhalten kann. Im Winter aber wird die Zahl derselben auf den einen unbedingt notwendigen reduziert. Hier werden nun die oft zahlreichen Familienmitglieder zusammengepfercht. Aus den notwendig gewordenen Sparsamkeitsrücksichten wird nur dieser Raum geheizt, in ihm hält man sich den ganzen Tag über auf, und für einige muss er noch als Schlafzimmer dienen. Was Wunder, dass hier die Ansteckungsgefahr besonders gross und drohend ist. Aus solchen schlechten Verhältnissen die Kranken herauszunehmen und sie in die frische Winterluft hinauszuführen, ist eine grosse Wohltat für sie. Die hierbei gemachten Erfahrungen zeigten, dass für manche der Aufenthalt in den Walderholungsstätten den Winter über noch vorteilhafter und gesundheitsfördernder ist. Eine der ersten Walderholungsstätte, die diesen Gedanken in die Tat umgesetzt hat, ist die „Luise von Studt"-Erholungsstätte, früher bei Eichkamp, jetzt Johannistal. Ihre Zahl hat sich seitdem bedeutend vermehrt; es existieren ihrer 15.

Über den Vorteilen darf man jedoch nicht die Nachteile vergessen. Der Winterbetrieb stellt eben grössere Anforderungen. So ist von vorneherein an Stelle der Döckerschen Baracke ein fester, solider Fachwerkbau zu setzen. Anstalten, welche nur eine Döckersche Baracke haben, können daher überhaupt keinen Winterbetrieb einrichten. Unbedingt notwendig ist auch ein heizbarer Speisesaal; die Heizung verschlingt aber bedeutende Summen.

Ferner lässt sich eine kleine stationäre Abteilung kaum umgehen, denn es wird vorkommen, dass bei recht schlechtem Wetter den besonders Schwachen nicht zugemutet werden kann, den für sie beschwerlichen Weg zweimal zurückzulegen.

Für die Liegekuren im Freien genügen die gewöhnlichen Wolldecken nicht, es sind Liegesäcke, wo möglich noch wattiert notwendig, des weiteren eine warme Kopfbedeckung und Filzschuhe. Die hiedurch notwendigen Auslagen bedingen naturgemäss eine Erhöhung des Anlagekapitals, die Aufwendungen für die Heizung eine Erhöhung der Betriebskosten. Diese Umstände erlauben es vielen Walderholungsstätten von vorneherein nicht einen Winterbetrieb einzurichten, zumal er ja immerhin mit einem gewissen Risiko verbunden ist. So hat sich Schöneberg veranlasst gesehen, aus finanziellen Gründen diesen wieder aufzugeben.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Neben den Sommer- und Tageskuren tauchte nach kurzer Zeit eine neue Form des Betriebes auf, nämlich der Nachtbetrieb. Lag es doch nahe den Versuch zu machen, einige Kranke auch Nachts über in der Anstalt zu behalten. Beim Tagesbetrieb stellte sich der Übelstand heraus, dass viele Kranke, nachdem sie sich tagsüber wohl befanden, abends in ihre schlechten, unhygienischen Wohnungen zurückkehren mussten, und dort wieder einen Teil des bereits erzielten Erfolges verloren. Beherzigenswert ist, was der Jahresbericht der Walderholungsstätte Sülldorf darüber sagt:

„In den letzten Jahren haben sich angesichts der lokalen Verhältnisse einer Grossstadt die Ansichten dahin geändert, dass in den meisten Fällen nachhaltige Heilerfolge nur von einem wochenlang dauernden Aufenthalt, nicht aber von einem Tagesaufenthalt erwartet werden können. Der unzweifelhaft gute Einfluss eines solchen wird oft aufgewogen durch die verschiedenartigsten entgegenwirkenden Umstände während der andern Tageshälfte. Zunächst wird der Pflegling nicht immer bis zu seiner Wohnung, sondern nur bis zu der ihr zunächst liegenden Eisenbahnstation befördert. Der von hier zu Fuss oder in meist überfüllten Strassenbahnwagen zurückzulegende mehr oder weniger lange Weg nach und von seiner Wohnung führt in den weitaus meisten Fällen durch enge überhitzte Strassen. Die Wohnung selbst entspricht fast nie den für den einzelnen Pflegling während dieser Erholungszeit zu stellenden, notwendigsten gesundheitlichen Anforderungen; auch erliegen moralisch schwach veranlagte Charaktere nur zu leicht der Versuchung, abends noch mit oder ohne Familie ein benachbartes Wirtshaus aufzusuchen und finden wohl oft erst spät in der Nacht Ruhe. So wirken so viele fast nicht zu vermeidende Umstände zusammen, um den heilsamen Einfluss des Tagesaufenthaltes in der Walderholungsstätte aufzuheben, dass in vielen Fällen mit Recht behauptet werden kann, dass die von den Kassen und Pfleglingen aufgewendeten Mittel zum grössten Teil vergeblich ausgegeben werden."

Viele Walderholungsstätten, 26 an Zahl, haben daher den Nachtbetrieb eingerichtet. Vor allem sind es Kinder-Erholungsstätten, bei denen sich ein besonderes Bedürfnis zeigte; denn gerade Kinder mit tuberkulösen Knochen- und Gelenkerkrankungen sind geeignet für Walderholungsstätten. Solange aber nur Tageserholungsstätten existierten, „mussten diese Kinder auf den Besuch derselben verzichten, weil der Hin- und Rückweg für sie zu beschwerlich war." (Rohardt.)

In der ersten Zeit suchte man sich damit zu helfen, dass man die schwerer Kranken in der Nachbarschaft der Anstalt für die Nacht einmietete. Dies führte doch gewisse Schwierigkeiten mit

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sich, und man entschloss sich daher, die Kranken in der Anstalt selbst unterzubringen. Damit wurden an das Wirtschaftsgebäude neue Anforderungen gestellt. Einige Anstalten liessen die Kranken, um bauliche Veränderungen zu ersparen, einfach in den Liegehallen in Hängematten schlafen. Es zeigte sich aber immer mehr, dass die Aufstellung von Betten in einem eigenen Raume notwendig wurde. Je nach der Zahl der aufzustellenden Betten genügt ein einziger Raum oder es sind direkt mehrere Schlafsäle erforderlich. Mit dieser Einrichtung haben die Walderholungsstätten ihre eigentliche Bestimmung bereits überschritten, sie stellen ein Mittelding dar zwischen Erholungsstätte und Heilanstalt.

Zur Aufnahme in die stationäre Abteilung dieser Walderholungsstätten eignen sich besonders solche Kranke, die tagsüber im Freien sich bewegen können, die aber abends, sei es zur besseren Beobachtung, sei es um sie zu schonen, in der Anstalt übernachten sollen. Dr. Rabnow stellt für die Aufnahme in die Walderholungsstätte Schöneberg folgende Bedingungen auf. Aufnahmefähig sind:

1. „Verdächtige, bei denen durch eine genaue Beobachtung, die bei dem üblichen Erholungsstätten-Betrieb aus mannigfachen Gründen unmöglich ist, und bei denen zu einer Krankenhausbehandlung kein Grund vorliegt, der Beginn der tuberkulösen Erkrankung festgestellt werden soll."

2. Solche Initialfälle, die für die Heilstätte vornotiert, aber wegen Überfüllung keine Aufnahme finden konnten.

3. Solche, die zwar Krankenkassenpflichtig sind, aber für die keine Landesversicherungsanstalt eintreten.

4. Kranke, die anscheinend für die Heilstättenbehandlung nicht mehr geeignet sind. Es sollen dabei Versuche gemacht werden, durch den Aufenthalt in der Erholungsstätte eine Hebung des Allgemeinbefindens und ein Rückgang des lokalen Prozesses zu erzielen.

5. Endlich empfiehlt sich noch die Aufnahme einer weiteren Gruppe von Kranken, nämlich solcher, die unter ungünstigen hygienischen Verhältnissen leben und daher unbedingt aus diesen herausgenommen werden müssen, wenn überhaupt ein Erfolg erzielt und das Geld für nichts und wieder nichts ausgegeben werden soll.

Einen vollständig neuen Typus, der mit den gewöhnlichen Nachtkuren bei uns nichts zu tun hat, repräsentieren die nach dem Vorbild der amerikanischen „night-camps" geschaffenen Nachtkuren. Dr. Rohardt charakterisiert in seiner Arbeit: „Über Nachtkuren in Walderholungsstätten" diesen Typ folgendermassen:

„Der Zweck dieser Institution ist der, es einer grösseren Zahl gesundheitlich besonders gefährdeter Menschen aus der arbeitenden Bevölkerung zu ermöglichen, nach Erledigung ihrer Tagesarbeit wenigstens für die Nacht dem Lärm und Dunst der Grossstadt zu

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

entfliehen und in der Stille des Waldes eine erquickende Nachtruhe zu finden. Es handelt sich hier also um zwar schonungsbedürftige, aber noch arbeitsfähige Patienten (im Gegensatz zu den arbeitsunfähigen Pfleglingen der Tages-Erholungsstätten)."

Besonders geeignet sind für diese Art von Nachtkuren nach der Ansicht von Rohardt:

1. „Patienten, welche nach kürzerem oder längerem Besuch der Tageserholungsstätten, als arbeitsfähig entlassen werden", die aber noch eine Zeitlang der weiteren Schonung bedürfen.

2. „Solche, die aus irgendeinem Grunde ihre Tagesarbeit nicht aussetzen, sich also nicht arbeitsunfähig schreiben lassen wollten, denen aber ihr Arzt dringend eine Erholung anempfohlen hatte."

Diese Nachtkuren eignen sich sowohl für Männer als auch für Frauen, für letztere aber mit einer gewissen Einschränkung. Rohardt sagt des weiteren: „Verheiratete Frauen werden im allgemeinen ungern am Abend den Mann und die Kinder verlassen, besonders wenn sie schon über Tag ausserhalb des Hauses gearbeitet haben. Heimarbeiterinnen können schon eher am Abend eventuell die Kinder unter der Obhut des Vaters lassen, wenn sie über Tag neben ihrer gewerblichen Arbeit die Wirtschaft besorgt haben. So recht geeignet für die Nachtkur sind aber die ledigen Fabrikarbeiterinnen, welche ja meist um 6 Uhr abends Feierabend haben. Diese gehen bekanntlich sehr oft nach beendeter Tagesarbeit ihren aufreibenden Vergnügungen nach und verlieren infolge mangelnder Nachtruhe und unzweckmässiger Ernährung mit Näschereien die Widerstandskraft gegen die Infektion mit Tuberkelbazillen. Bei solchen jungen Mädchen könnte eine rechtzeitig angeordnete Nachtkur mit regelmässiger, warmer Abendkost sicher oft vorbeugend wirken." Rohardt hält zur Verhütung dauernder Invalidität die Heilstätten, zur Verhütung vorübergehender Invalidität die Nachterholungsstätten in vielen Fällen für berufen.

Für die Nachtkuren im Sinne der „night-camps" empfiehlt sich als Schlafraum die Liegehalle. Die Kranken schlafen „entweder in Betten oder in Schlafsack-Hängematten". „Die Betten haben den Nachteil, dass sie auch in zusammengeklapptem Zustande viel Raum beanspruchen. Es ist deshalb viel besser, wenn man nicht für eine grössere Anzahl Betten einen Schuppen als Aufbewahrungsraum bauen will, die Kranken in Schlafsack-Hängematten liegen zu lassen. Sie beanspruchen in zusammengerolltem Zustande wenig Raum und können deshalb über Tag in einem Schrank in der Liegehalle leicht ohne Raumbeengung untergebracht werden." Die Hängematten werden abends von den Pfleglingen aus dem Schrank herausgeholt, zwischen den Balken

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der offenen Liegehalle ausgespannt, darin der Schlafsack untergebracht, des Morgens wieder abgebaut und im Schrank verstaut.

Was den Betrieb anbelangt, so gehen die Pfleglinge abends direkt von der Arbeit weg in die Erholungsstätte, bekommen dort ihr Abendbrot und morgens ihr Frühstück und gehen dann direkt wieder zu ihrer Arbeit.

Zur Illustration des Erfolges solcher Kuren führt Rohardt ein paar Krankengeschichten an, aus denen mit überzeugender Klarheit der Nutzen dieser Nachtkuren erhellt.

So bewährt sich die night-camps in Amerika haben, bei uns haben sie sich noch wenig eingebürgert. Unsere sozialen und klimatischen Verhältnisse sind eben andere; das meist kalte Wetter steht ihnen hindernd entgegen und unsere sozialen Einrichtungen gestatten eben noch eine andere Fürsorge. Zu den wenigen Walderholungsstätten im Sinne der night-camps gehört Pankow bei Berlin, von dem auch die obigen Ausführungen hauptsächlich gelten.

Tagesbetrieb einer Walderholungsstätte.

Nach der Orientierung über die bauliche Anlage und die Einrichtung, Personal, Zeit der Kur, erübrigt sich noch ein skizzierendes Bild vom Betriebe zu entwerfen. Die nachfolgenden Darlegungen gelten in erster Linie von Tageserholungsstätten.

Die Pfleglinge kommen des Morgens in die Erholungsstätte. Ihre Herausbeförderung geschieht entweder mit der Eisenbahn oder mit der Trambahn. An einigen Orten werden für die Pfleglinge der Walderholungsstätte sogar eigene Wagen bereitgestellt, was den grossen Vorteil bietet, dass die Kranken von dem in Eisenbahnwagen oft sehr lästigen Zigarrenrauch verschont bleiben. Da die Ausgaben für Fahrkarten im Laufe eines Monats zu einer bedeutenden Summe sich addieren, muss es dasBestreben jeder Walderholungsstätte sein für ihre Besucher Fahrpreisermässigung zu erwirken. Die Eisenbahn- und Trambahn-Direktionen gewähren in der Regel auf ein diesbezügliches Gesuch beträchtliche Ermässigungen. Es werden Wochenkarten ausgegeben oder auch Monatskarten. Wenn auch die gewährten Ermässigungen ziemlich bedeutende sind, so kann doch vielen Kranken bei ihren schlechten Vermögensverhältnissen nicht zugemutet werden, ihre Fahrkarte selbst zu bezahlen und es empfiehlt sich daher, dass die Krankenkassen oder die Armenverwaltung auch diese Kosten übernehmen.

Zur vorgeschriebenen Zeit haben die Patienten in der Anstalt einzutreffen, sich bei ihrer Ankunft bei der leitenden Schwester zu melden, ihre Aufnahmekarte vorzuzeigen und abstempeln zu lassen. Dies wird hauptsächlich deswegen getan, um den Krankenkassen,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die ja das Gros der Besucher stellen, die Möglichkeit einer Kontrolle über ihre Mitglieder zu geben. Sie bekommen ihre Milch- und Verpflegungsmarken ausgehändigt, jedem Kranken wird ein Liegestuhl mit Decken, ein eigenes Trinkgeschirr zugewiesen; alle diese Gegenstände sind mit einer Nummer versehen. Dies geschieht sowohl aus hygienischen Gründen als auch in der Absicht, bei mutwilligen Beschädigungen den Inhaber leichter zum Schadenersatz heranziehen zu können. Die erwähnten Gebrauchsgegenstände verbleiben während der ganzen Zeit der Kur im Gebrauche des betreffenden Patienten. Bei Beendigung der Kur werden dieselben zurückgegeben und einer gründlichen Desinfektion unterworfen. Falls die Anstalt einen eigenen Desinfektionsapparat besitzt, übernimmt sie selbst die Desinfektion, in allen anderen Fällen wird dies gewöhnlich von der städtischen Desinfektionsanstalt ausgeführt. Jeder spuckende Patient erhält für die Dauer seines Aufenthaltes eine Dettweilersche Speiflasche. Es wird strenge darauf gesehen, dass die Kranken mit offener Tuberkulose nur in ihre Speiflasche spucken, unter keinen Umständen ist es erlaubt, ins Taschentuch oder gar auf den Boden zu spucken, sowohl im Interesse der anderen Pfleglinge als auch im Interesse der hygienischen Erziehung; die Phthysiker sollen ja dazu angehalten werden ihren Auswurf sorgfältig unschädlich zu machen, damit sie ihn auch zu Hause einwandfrei beseitigen. Aus diesem Grunde muss bei den Tuberkulösen[1]) „strenge darauf gesehen werden, dass sie abends, ehe sie die Walderholungsstätte verlassen, den Inhalt ihrer Speiflaschen entleeren und hygienisch einwandfrei vernichten, anstatt ihn erst in die Wohnung zu nehmen und dort in unkontrollierbarer Weise zu entleeren.“ Zur Beseitigung des Auswurfes ist daher in jeder Anstalt eine eigene Vorrichtung vorhanden; das Verfahren ist jedoch bei den einzelnen Anstalten verschieden. Die einen sammeln das Sputum in einem grösseren Gefässe, vermengen es mit pulverisierter Kohle oder Torfmull und verbrennen dann den ganzen Inhalt. Diejenigen, die Anschluss an ein Kanalnetz haben, leiten es mit den Abwässern dorthin. Dritte haben dafür eine eigene Spülvorrichtung, so z. B. die König-Friedrich August Walderholungsstätte in Chemnitz. Dieselbe hat „im Waschraum ein grösseres Spülbecken mit einem Wasserspülkasten angebracht. Das Sputum gelangt aus dem Spülbecken durch das spiralförmig nachspülende Wasser gehörig verdünnt in die vorhandene Klär- und Desinfektionsanlage und nach gründlicher Desinfektion in die Abortgrube.“

---

1) Erster Bericht des Vereins zur Bekämpfung der Schwindsucht in Chemnitz und Umgebung. 1906. pag. 22.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die Patienten bekommen gleich nach ihrer Ankunft das Frühstück, das in Milch und 1—2 Broten besteht. Hierauf geht es an die Kur. Bei kleinen Erholungsstätten suchen die Kranken mit ihrem Liegestuhl einen schönen Platz im Gelände auf und machen dort direkt unter freiem Himmel Liegekur. Nur bei schlechtem Wetter gehen sie in die Liegehalle. Hat eine Anstalt eine grössere Besucherzahl aufzuweisen, so empfiehlt sich eine gewisse Gruppierung der Pfleglinge nach Krankheiten. Diese ist ohne weiteres durchzuführen, wenn mehrere Liegehallen zur Verfügung stehen. So legt man z. B in eine Gruppe zusammen: Bleichsüchtige, Herzkranke, Neurastheniker, in eine andere Leicht-Tuberkulöse, in eine dritte endlich Schwer-Tuberkulöse und Sieche. Diese Gruppierung wird von den Kranken keineswegs als beleidigend empfunden, wenn sie nur einigermassen mit etwas Geschick und Takt durchgeführt wird. In vielen Fällen ist sie überhaupt gar nicht notwendig, da die Schwerkranken sich schon von selbst von den übrigen absondern, um grössere Ruhe zu haben.

Bei dieser Gelegenheit ist gleich auf ein anderes Verfahren hinzuweisen. Anstalten mit einer hohen Besuchsziffer trennen die Kranken nicht nur in verschiedene Gruppen, sondern lassen auch die einzelnen Gruppen zu verschiedenen Zeiten speisen, wodurch neben der Platzfrage auch eine hygienische Frage ihre Erledigung findet. Eben erwähntes Verfahren wendet die Leopold-Koppel-Erholungsstätte für Frauen in Eichkamp an und steht sich dabei sehr gut. Den Vormittag vertreiben sich die Kranken mit Liegekur, kleinen Spaziergängen. Um 12—12½ Uhr wird das Mittagessen eingenommen, das aus Suppe, Fleisch und Gemüse zusammengesetzt ist. Manchmal wird auch noch Milch gegeben. Soweit es nur irgendwie möglich, soll der Küchenzettel eine reichliche Abwechslung aufweisen. Nachfolgender Speisezettel für eine Woche, entnommen dem Jahresbericht 1907 über das „Walderholungsheim Frida Schramm-Stiftung“ in Nürnberg zeigt, wie die Verpflegung beschaffen ist und wie man Abwechslung in dieselbe bringt (s. S. 293).

Was Getränke anbelangt, so schreibt der nämliche Jahresbericht:

„Die Absicht, den Genuss alkoholischer Getränke ganz auszuschliessen, hat sich als nicht durchführbar erwiesen. Es wurde eingeführt, dass den Männern — sofern sie selbst es wünschten, was fast ausnahmslos der Fall war — zweimal wöchentlich ein halber Liter Bier zur Vespermahlzeit verabreicht wurde. An den anderen Tagen konnte jeder täglich einmal einen halben Liter zum Selbstkostenpreise kaufen. Mehr wurde niemals abgegeben. Nur auf diese Weise war es möglich, die anfangs häufige, unkontrollierbare Einschleppung von Bier zu vermeiden. Frauen und Kinder erhielten kein Bier.“

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Tage	Früh-stück	Mittag	Nach-mittag	Vesper
Sonntag . . .	Milch 2 Brote.	Brotsuppe, Schweine-braten, Nudeln.	Milch oder Kaffee 2 Brote.	Schinkenwurst, Butterbrot, Bier oder Milch
Montag . . .	do.	Schweinekotelettes, Kartoffelsalat.	do.	Lyoner Wurst, Brat-kartoffeln, Kakao oder Milch
Dienstag . .	do.	Gerstensuppe, Rind-fleisch, Wirsing, Kartoffeln.	do.	Weisser Presssack, Butterbrot, Milch oder Kakao
Mittwoch . .	do.	Griessuppe, deutsches Beefsteak, Bohnen-gemüse, Kartoffeln.	do.	Bockwürstchen, Butterbrot, Bier, Milch oder Kakao.
Donnerstag .	do.	Kartoffelsalat, Schweinefleisch, Sauerkraut, Kartoffeln	do.	Eier, Kartoffelsalat, Milch oder Kakao.
Freitag . . .	do.	Erbsensuppe, Rinds braten, Semmelklösse.	do.	Weisser Presssack, Butterbrot, Milch oder Kakao.
Samstag . . .	do	Sagosuppe, Rind-fleisch, Meerrettich, Kartoffeln.	do.	Bratkartoffeln, Frank-furter Leberwurst, Milch oder Kakao.

Für Letztere muss jedoch auch ein Getränk bereit gehalten werden. Es wird am besten Quellwasser, vermischt mit Himbeer- oder Zitronensaft gegen geringes Entgelt abgegeben.

Nach dem Mittagessen ist in den meisten Erholungsstätten eine Ruhezeit von 1—2 Stunden eingeführt, damit diejenigen Kranken, welche schlafen wollen, vollständig ungestört sind. Hierauf wird das Vesperbrot ausgeteilt. Bis zum Abend verstreicht die Zeit mit Liegekurmachen, Spazierengehen oder Spielen. Für Spielgelegenheit ist in jeder Anstalt Sorge zu tragen, sonst lassen sich Kranke nur sehr schwer halten oder sie verfallen auf allen möglichen Unfug. Spiele, welche eine besondere körperliche Anstrengung hervorrufen, sind zu vermeiden. Angezeigt sind von Spielen: Krocketspiel, Luftkegel; diese erfreuen sich besonderer Beliebtheit, ferner kommen Damenbrett, Schachbrett, Kartenspiel, jedoch ohne Geld. In Kinder-Erholungsstätten sind Sandspielplätze zu besorgen. Dort halten sich die Kleinen am liebsten auf und sind am leichtesten zu beschäftigen. Auch eine kleine Bibliothek soll beschafft werden, damit die Wissensdurstigen Unterhaltung finden. Einige Walderholungsstätten legen Tageszeitungen auf, die ihnen von Inhabern kostenlos überwiesen werden.

Generated on 2019-12-14 17:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA

Abends bekommen die Patienten noch ein kleines Abendessen und verlassen dann zur festgesetzten Zeit die Anstalt, nachdem sie noch vorher bei der Schwester sich abgemeldet haben.

Jeder Patient erhält wöchentlich ein warmes Bad, sofern es sein Arzt nicht verbietet. In Kinder-Erholungsstätten werden zweckmässig Soolbäder verabreicht. Alle 14 Tage werden die Kranken auf die Wage gesetzt, um genauen Aufschluss über die Bewegung des Körpergewichtes zn erhalten. Gibt doch das Gewicht den besten Anhaltspunkt zur Beeurteilung der einsetzenden Besserung.

Damit die Ordnung in der Anstalt aufrecht erhalten wird, empfiehlt sich eine genaue Hausordnung zu geben, auf deren Einhaltung strenge zu sehen ist. Ich lasse nun als Beispiel die Hausordnung folgen, wie sie die Leitung der Walderholungsstätten vom Roten Kreuz in Berlin für ihre Anstalten verfasst hat. Dieselbe gibt auch noch näheren Aufschluss über den Tagesbetrieb und hat somit für alle Walderholungsstätten im grossen und ganzen Gültigkeit.

Hausordnung in einer Erholungsstätte für Erwachsene.

1. Jeder in die Erholungsstätte eintretende Patient ist zur genauen Befolgung dieser Hausordnung verpflichtet.

2. Der Aufenthalt in der Erholungsttätte dient lediglich Heilzwecken. Jeder Pflegling hat deshalb alles zu tun, was zur Wiedererlangung seiner Gesundheit und Erwerbsfähigkeit beiträgt.

3. Den von den Vorstandsmitgliedern der Erholungsstätte, insbesondere von dem leitenden Arzte, sowie den von der leitenden Schwester oder deren Beauftragten gegebenen Weisungen, mögen sie im Gesundheits- oder Ordnungsinteresse erteilt sein, ist Folge zu leisten.

4. Die Erholungsstätte ist das ganze Jahr hindurch geöffnet. Der Sommerbetrieb läuft vom 1. Mai bis 30. September, der Winterbetrieb vom 1. Oktober bis 30. April.

5. Der Pflegling hat sich mit der ihm vom Bureau übergebenen Aufnahmekarte an dem festgesetzten Tage pünktlich, im Sommer zwischen 8—9 Uhr, im Winter zwischen $9^1/_2 - 10^1/_2$ Uhr in der Erholungsstätte einzufinden und bei der leitenden Schwester zu melden.

Wer innerhalb zwei Tagen bei der leitenden Schwester sich nicht gemeldet hat, verliert das Anrecht auf den Besuch der Erholungsstätte. Seine etwa wiederholte Meldung wird als Neumeldung behandelt.

Die Überweisung gilt nur für die Person des einzelnen Pfleglings und bezieht sich nicht gleichzeitig auf seine Familie oder einzelne Mitglieder derselben.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

6. Während der festgesetzten Kurzeit hat sich der Pflegling täglich im Sommer zwischen 8—9 Uhr, im Winter zwischen $9^1/_2$—$10^1/_2$ Uhr in der Erholungsstätte einzufinden und bei der leitenden Schwester persönlich zu melden.

Das Eintreffen in der Erholungsstätte vor 8 Uhr im Sommer und $8^1/_2$ Uhr im Winter ist nicht gestattet.

Bei seinem Eintreffen hat der Pflegling der leitenden Schwester seine Erkennungskarte vorzuweisen, welche von dieser mit einem Vermerk über die Ankunftszeit versehen und dem Pflegling nebst den erforderlichen Milch- und Essmarken wieder ausgehändigt wird.

Ein späteres Eintreffen ist der leitenden Schwester glaubhaft zu begründen. Bei wiederholten Verspätungen, für die ein hinreichender Grund nicht angegeben werden kann, wird die leitende Schwester der betreffenden Krankenkasse Mitteilung machen, nötigenfalls erfolgt der Ausschluss des Pfleglings von dem weiteren Besuche der Erholungsstätte.

7. Der Pflegling hat die Erholungsstätte im Sommer zwischen 5—7 Uhr abends, im Winter zwischen 3—5 Uhr nachmittags zu verlassen und vor Verlassen sich wiederum bei der leitenden Schwester zur Zeiteintragung mit der Erkennungskarte zu melden.

Ein Verweilen in der Erholungsstätte im Sommer nach 7 Uhr abends, im Winter nach 5 Uhr abends ist nicht gestattet.

Wer aus besonderen Gründen die Anstalt früher verlassen will, hat die Erlaubnis der leitenden Schwester unter Darlegung der Gründe nachzusuchen.

Vorzeitiges Verlassen der Anstalt ohne oder gegen den Willen der Schwester wird in Wiederholungsfällen unverzüglich der betreffenden Krankenkasse von der Schwester mitgeteilt, nötigenfalls erfolgt der Ausschluss des Pfleglings von dem weiteren Besuche der Erholungsstätte.

8. Wer infolge Verschlechterung seines Gesundheitszustandes oder aus anderen Gründen verhindert ist, an einem Tage die Erholungsstätte zu besuchen, hat der leitenden Schwester unter Angabe der Gründe sein Fernbleiben durch eine Postkarte ungesäumt anzuzeigen. Die leitende Schwester wird erforderlichenfalls hievon der Krankenkasse Mitteilung machen, sowie überhaupt jede mehr als eintägige Unterbrechung des Aufenthaltes am Abend des zweiten versäumten Tages der Krankenkasse mitteilen.

9. Jeder Pflegling erhält bei seinem ersten Eintritt in die Erholungsstätte von der leitenden Schwester einen Trinkbecher, eine Decke und einen Liegestuhl, alle Gegenstände mit der gleichen Nummer und, soweit vorhanden, ein Liegebett zur persönlichen Benutzung während der Dauer seiner Kurzeit überwiesen.

Ein Entfernen dieser Gegenstände aus der Erholungsstätte,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sowie eine Weitergabe oder ein Umtausch derselben durch den Pflegling ist nicht gestattet.

Der Pflegling hat die ihm übergebenen Gegenstände sorgfältig und schonend zu behandeln, auch dieselben nach gemachtem Gebrauch wieder an ihren Aufbewahrungsort zurückzubringen. Für jede Beschädigung, sowie für etwaiges Abhandenkommen hat er Ersatz zu leisten.

10. Jeder mit Auswurf behaftete Pflegling muss eine Taschenspeiflasche bei sich tragen, die er bei dem Eintritt in die Erholungsstätte von der leitenden Schwester sich zu beschaffen hat. Nur in diese, nicht in das Taschentuch, hat er zu spucken. Das Ausspeien auf den Boden ist strengstens untersagt. Zerbrochene oder beschädigte Speiflaschen sind zu ersetzen.

11. Jedem Pflegling stehen auf Grund seiner Überweisung während des Tages zu: ein Liter Milch und ein Mittagessen.

Die Gewährung einer grösseren täglichen Milchportion erfolgt auf Grund besonderer vorheriger Vereinbarung mit der Krankenkasse oder dem Pflegling und wird besonders berechnet.

Für etwa sonst gewünschte Esswaren oder Getränke, welche die leitende Schwester vorrätig hält, ist der Preis jedesmal sofort von dem Pflegling zu entrichten. Die Milchausgabe erfolgt regelmässig in Portionen zu einem halben Liter und zwar vormittags bald nach dem Eintreffen des Pfleglings, im Sommer zwischen 8 und 10 Uhr, im Winter zwischen $9^1/_2$ und 11 Uhr. Die Ausgabe des Mittagessens, die regelmässig in der Zeit zwischen 12 und $12^1/_2$ Uhr erfolgt, wird durch ein Glockenzeichen bekanntgegeben.

Während der für die Ausgabe des Mittagessens angegebenen Zeit haben sich die Pfleglinge in der Erholungsstätte aufzuhalten und die Portionen gegen Rückgabe der Speisemarken an der Ausgabestelle persönlich in Empfang zu nehmen.

Das Trink- und Essgeschirr, nebst Messer, Gabel, Löffel, ist persönlich von der dafür bestimmten Stelle zu entnehmen und nach Gebrauch ebendort wieder abzuliefern.

Ausserhalb der angegebenen Zeiten wird weder Milch noch Mittagessen verausgabt. Eine Nachlieferung von versäumten Portionen ist in jedem Falle ausgeschlossen.

Die Milch- und Speisemarken müssen an dem Tage, an dem sie gelöst sind, benutzt werden.

Von der Erholungsstätte verabfolgte Marken, Milch und Essportionen, dürfen nur für die eigene Person verwendet und nicht an andere verkauft oder verschenkt werden.

Das Essen ist an den im Freien stehenden Tischen einzunehmen, nur bei schlechtem Wetter darf im Esssaal oder in der Liegehalle gegessen werden.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Für das Reinigen der Hände vor und nach dem Essen werden Waschbecken und Handtücher an besonders bestimmter Stelle bereit gehalten. Die Waschbecken müssen nach der Benutzung von jedem Benutzenden ausgegossen und ausgespült werden. Die Handtücher dürfen von den Pfleglingen nur im Waschraum benutzt werden.

12. Die Pfleglinge haben vormittags und nachmittags mindestens je eine Stunde zu ruhen. In der Zeit nach dem Essen zwischen 2 und $3^1/_2$ Uhr ist allgemeine Ruhezeit, während welcher Liegestühle und Liegebetten zum Ruhen zu benutzen sind.

Auch sind in der Zeit von 2—$3^1/_2$ Uhr die Verwaltungsräume geschlossen. Die Verwaltung ist in dieser Zeit nicht in Anspruch zu nehmen.

13. Zu Spaziergängen ausserhalb der Erholungsstätte ist nur die Zeit vormittags zwischen 11 und 12 Uhr, nachmittags zwischen 4 und 5 Uhr und nur nach vorher eingeholter Erlaubnis der leitenden Schwester gestattet.

Die Spaziergänge dürfen sich nur auf die Dauer von höchstens einer Stunde erstrecken und haben sich auf den von der Forstverwaltung freigegebenen Waldteil zu beschränken.

Die Rückkehr von jedem Spaziergang ist der leitenden Schwester zu melden.

14. Zur Unterhaltung der Pfleglinge innerhalb der Erholungsstätte werden Spiele und Bücher ausgegeben. Sie sind im Bedarfsfalle von der leitenden Schwester zu erbitten und nach der von ihr bestimmten Benutzungszeit, gegebenfalls bei Aufhören der Benutzung, in ordentlichem Zustande wieder zurückzubringen oder an den hiefür bestimmten Ort zu befördern.

15. Als Besucher werden nur Verwandte und Angehörige der Pfleglinge in der Erholungsstätte zugelassen.

Besuchszeit ist nur von $3^1/_2$—5 Uhr an jedem Mittwoch, Sonnabend und Sonntag.

Jeder Besucher ist der leitenden Schwester von dem betreffenden Pfleglinge unverzüglich zu melden.

Für die Zulassung von Besuchern zu anderen Zeiten als den angegebenen ist vorher die Genehmigung der leitenden Schwester einzuholen. Sie wird nur in ganz besonderen Ausnahmefällen und niemals in der Zeit zwischen 12 und $3^1/_2$ Uhr erteilt.

Jeder Besucher unterwirft sich bei seinem Eintritt dieser Hausordnung und hat den Anordnungen der Vorstandsmitglieder, der leitenden Schwester oder deren Beauftragten Folge zu leisten.

Liegestuhl und Decken dürfen aus gesundheitlichen Gründen von Besuchern nicht benutzt werden.

Die Benutzung von Büchern und Spielen von seiten der Besucher ist unzulässig.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:51 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die Ausgabe von Getränken oder Esswaren an Besucher kann nur insoweit erfolgen, als dadurch die Bedürfnisse der Pfleglinge nicht beeinträchtigt werden.

16. Die Krankenkassen-Vorstände und deren Kranken-Besucher, sowie die Vertreter der Zentralkommission der Krankenkassen Berlins und Umgegend haben jederzeit Zutritt zur Erholungsstätte.

17. Jeder Pflegling hat sich eines ruhigen, anständigen, höflichen und verträglichen Benehmens zu befleissigen, Zank und Streit zu vermeiden und gegenüber den Angestellten der Erholungsstätte, sowie den anderen Pfleglingen jede nur mögliche Rücksicht zu nehmen.

Ruhestörender Lärm innerhalb der Erholungstätte und in deren Nähe ist verboten.

Die Anstaltsbaulichkeiten und das Inventar der Erholungsstätte dürfen nicht beschmutzt oder beschädigt werden, ebenso ist jede Verunreinigung und Beschädigung des Waldgeländes streng verboten. Für jeden angerichteten Schaden werden die Pfleglinge haftbar gemacht.

Bei Spaziergängen in die Umgegend der Erholungstätte sind die forstgesetzlichen und forstpolizeilichen Vorschriften auf das strengste zu beachten.

18. Es ist insbesondere verboten, Holz, Kienäpfel usw. im Walde zu sammeln, Schonungen zu betreten, Bäume zu beschädigen und dgl., geistige Getränke in die Anstalt mitzubringen, in der Anstalt oder im Walde zu rauchen, um Geld zu spielen, Hunde mitzubringen, die Wirtschaftsräume ohne Erlaubnis zu betreten, Stullenpapier herumzuwerfen, Garderobestücke, Kleider, Papier usw. herumliegen zu lassen.

Grobe Zuwiderhandlungen gegen die bestehenden Vorschriften wie z. B. Vogelfang, Angeln, Baden und dgl. werden mit sofortiger Ausschliessung aus der Erholungsstätte geahndet.

19. Wünsche und Beschwerden der Pfleglinge sind zunächst der leitenden Schwester und, sofern der leitende Arzt oder ein anderes Vorstandsmitglied gerade anwesend ist, diesem mitzuteilen. Glaubt der Pflegling sich bei dem ihm werdenden Bescheide nicht beruhigen zu können, so steht ihm das Recht zu, sich an den Vorstand der Erholungsstätte zu wenden.

Bei fortgesetztem Ungehorsam oder grobem Zuwiderhandeln gegen diese Hausordnung oder die von den zuständigen Stellen gegebenen Weisungen kann der Pflegling, vorbehaltlich des zuvor geregelten Beschwerdeweges, von der leitenden Schwester, oder sofern der leitende Arzt oder ein anderes Vorstandsmitglied gerade anwesend ist, von diesem sofort aus der Anstalt gewiesen und von dem ferneren Besuche der Anstalt ausgeschlossen werden. In solchen Fällen wird die leitende Schwester sofort der betreffenden Krankenkasse von der Sachlage Kenntnis geben.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Leistungen der Walderholungsstätten.

Die in den Walderholungsstätten gemachten Fortschritte und Erfolge klar und offensichtlich darzulegen und zu beweisen, ist sehr schwierig, um nicht zu sagen unmöglich. Diese Anstalten existieren eben doch zu kurze Zeit, als dass man über ihre Leistungen ein endgültiges Urteil fällen könnte. Wir haben auch noch nicht den richtigen Massstab, um an ihm die Erfolge zu messen und zu beurteilen, auch ist das Krankenmaterial zu verschieden; es lässt sich eben nicht einem bestimmten Schema einordnen. Und liesse sich schliesslich dieser Modus finden, die Erfolge richtig abzuwägen und einzuschätzen, so bliebe noch immer eine grosse Schwierigkeit, nämlich über die Erfolge der Kur Nachricht zu bekommen. Dies liegt im ganzen Wesen der Walderholungsstätten. Die Kranken werden ja in der Anstalt nicht behandelt, sondern die Behandlung verbleibt in den Händen des Arztes. Also muss man sich vor allem mit diesem in Verbindung setzen, wenn man Aufklärung wünscht. Aber dieser kann oft beim besten Willen diesem Wunsche nicht nachkommen. Es fällt oft ungeheuer schwer, über den Gesundheitszustand der Kranken nach der Entlassung aus der Walderholungsstätte zuverlässige Auskunft zu erlangen. Die einen Patienten lassen sich bei ihrem Arzt nicht mehr sehen, andere wechseln den Arzt, dritte verziehen in einen anderen Stadtteil oder gar nach auswärts. So kommt es, dass die Ärzte über den Zustand der Kranken und über die in der Walderholungsstätte erzielten Erfolge oft nur teilweise, in vielen Fällen überhaupt keinen genaueren Aufschluss geben können.

Aus diesem Grunde ist es nicht möglich, eine „exakte wissenschaftliche Verwertung und Beurteilung der in der Walderholungsstätte erzielten Erfolge zu geben, wie sie beim Krankenmaterial eines Hospitals und einer Lungenheilanstalt verlangt wird.“ Somit bleibt nichts anderes übrig, als die spärlich vorhandenen Notizen zusammenzutragen und daraus ein einigermassen richtiges Bild zu entwerfen.

Die Leistungen teilt man vielleicht am besten ein in direkte und indirekte. Zur ersten Gruppe gehören alle jene Fälle, bei denen

1. eine objektive Besserung resp. Heilung nachzuweisen war. Hiefür geben uns verschiedene Momente einen sicheren Anhaltspunkt. Wenn der behandelnde Arzt nach Ablauf der Kur und darüber hinaus ein Zurückgehen der Krankheitserscheinungen konstatiert, so sind dies hocherfreuliche Erfolge. Zu erwähnen sind hier besonders folgende[1]): „Husten und Auswurf wird geringer, die

1) Walderholungsstätten vom Roten Kreuz. Festschrift zur Feier des 10jährigen Bestehens. pag. 132.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

lästigen und schwächenden Nachtschweisse schwinden, die Infiltration der Lunge bildet sich zurück und der ganze Krankheitsprozess wird stationär.“ Diese Erscheinungen sind oft genug zu beobachten und fast jeder Jahresbericht weiss von dem einen oder andern zu erzählen.

„Wo es sich um offensichtliche Krankheitszeichen handelt“, sagt Lennhoff, „ist das Vorhandensein eines Erfolges leicht nachzuweisen: Ein Krüppelkind wird behende, ein geschwollenes Gelenk schwillt ab, Tuberkelbazillen schwinden aus dem Auswurf. Häufiger ist Gelegenheit zu zeigen, dass Hautausschläge heilen, Drüsenschwellungen zurückgehen, entzündete Augenlider sich bessern, Ohrenfluss nachlässt und dergleichen.“ Diese Ausführungen macht Lennhoff zwar in bezug auf die Kinder, aber sie haben im grossen und ganzen auch Geltung von den Erwachsenen.

Sprechen die Jahresberichte der Walderholungsstätten von einem Erfolg, so führen sie dafür immer die Zunahme des Körpergewichtes an. Dieses Zeichen springt auch am auffallendsten in die Augen und ist am leichtesten nachzuweisen. Die Wage ist ein objektiver, unbestechlicher Zeuge. Die Zunahme an Körpergewicht stellt zweifelsohne einen schönen Erfolg dar. Dieser Gewinn an Gewicht schwankt zwischen 1 bis 20 Pfd. bei Erwachsenen, 1 bis 15 Pfd. bei Kindern. Es hängt natürlicherweise sowohl vom Allgemeinzustand des Kranken, wie von der Dauer des Aufenthaltes ab. Ein relativ gesunder und immer reichlich ernährter Körper nimmt nicht soviel zu, wie ein schlecht und unterernährter. Besonders begrüssenswert ist die Körpergewichtszunahme bei den Rekonvaleszenten, vor allem aber bei den Anämischen und Chlorotischen; ist sie doch ein Zeichen, dass der Organismus die nötige Widerstandskraft wieder erlangt hat; zumal ja gerade diesen die Gefahr der tuberkulösen Erkrankung droht. Für einen Erwachsenen bedeutet also die Gewichtszunahme immer einen Erfolg, nicht so aber für Kinder. Bei diesen ist die Gewichtszunahme mit einer gewissen Vorsicht zu beurteilen, wenn man daraus einen Erfolg konstruieren will. Hören wir, was Lennhoff über diesen Punkt sagt: „Wenn man nach Zeichen des Erfolges sucht, so fragt man meist zunächst, ob und in welchem Masse das Körpergewicht zugenommen habe. So erfreulich die Gewichtszunahmen sind, mit um so grösserer Zurückhaltung sind sie zu beurteilen. Für mich sind sie zunächst nur ein Zeichen dafür, dass die Kost in der Anstalt eine zureichende gewesen ist. Denn wir müssen immer bedenken, dass wir es mit armen Kindern zu tun haben, die zum grossen Teil schlecht ernährt und unterernährt sind, und dass bei vielen von ihnen der Zuwachs an Gewicht nichts anderes bedeutet, als dass sie genügend lange Zeit die Ernährung bekommen haben, die ihr Körper erfordert, dass also das vermehrte

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Gewicht, mit dem sie aus der Anstalt entlassen werden, lediglich soviel beträgt, wie sie trotz ihrer Kränklichkeit wiegen würden, wenn sie zu Hause ausreichende Nahrung gehabt hätten. Darum braucht auch das Ausbleiben einer Gewichtszunahme nicht immer das Fehlen einer günstigen Wirkung anzuzeigen . . ."

„Aber selbst eine Gewichtszunahme beweist nicht ohne weiteres eine bessere Ernährung des Kindes. Denn das Kind wächst und alle Nahrungszufuhr kann auf Kosten des übrigen Körpers von dem Wachstum in Anspruch genommen worden sein. Will man daher zu einem Überblick über die Bedeutung der Gewichtsbewegung kommen, so muss man den Einfluss des Wachstums ganz ausschalten." Und hier hat uns wiederum Lennhoff den richtigen Weg gewiesen durch Berechnung des Zentimetergewichts, d. h. die Feststellung der Gewichtszunahme in Grammen auf je 1 cm Körpergrösse während des Aufenthaltes in der Anstalt.

Mit Hilfe dieses Zentimetergewichtes kann man zeigen, ob die Gewichtszunahme eine scheinbare oder doch wirkliche ist. Und damit hat Lennhoff in einwandfreier Weise an der Hand von 36 Fällen, die er längere Jahre zu beobachten Gelegenheit hatte, den sicheren Nachweis geführt, dass tatsächliche Dauererfolge erzielt werden.

Um einen weiteren Anhaltspunkt für den Nachweis eines Erfolges zu haben, hat man Untersuchungen über die Zahl der roten Blutkörperchen und die Höhe des Hämoglobingehaltes bei der Aufnahme und bei der Entlassung angestellt. Es sind hier zu nennen Chausseehaus bei Wiesbaden und Schöneberg, die eine durchschnittliche Zunahme des Hämoglobingehaltes von 10% fanden.

Zu den objektiv nachweisbaren Erfolgen der Walderholungsstätten gehören auch die „durch methodische Tiefatmung und gymnastische Übungen im Luftbad erzielte grössere Exkursionsfähigkeit des Brustkorbs — bis zu 2 cm — und die Kräftigung der Muskeln und die Erhöhung der Widerstandsfähigkeit gegen Erkältungen."

Wenn man im allgemeinen von einem Erfolge spricht, so fragt man immer nach der erzielten Heilung resp. Arbeitsfähigkeit. Und in diesem Punkte können wir mit den Leistungen der Walderholungsstätten vollauf zufrieden sein. Sie zeigen, dass der für sie gemachte Aufwand von Geld, Zeit und Mühe nicht vergebens war. Wo eine Besserung und Heilung möglich war, da wurde sie auch erzielt. Einen genaueren statistischen Aufschluss hierüber geben folgende Tabellen.

Die Walderholungsstätte Chausseehaus bei Wiesbaden forderte nach Abschluss der Kur von den anweisenden Ärzten Berichte ein und bekam dabei folgende Auskunft.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Jahr	Zahl der Pfleglinge	geheilt	gebessert	ungebessert
1906	83	20=24 %	60=72 %	3=4 %
1907	159	50=31,5 %	94=59,1 %	15=9,4 %
1908	183	34=18,6 %	137=74,9 %	12=6,5 %
1909	222	39=18,4 %	170=75,5 %	13=6,1 %
1910	226 ♂ 201 ♀	42=18,6 % 36=17,9 %	164=72,6 % 152=75,6 %	20=8,8 % 13=6,5 %
	1074	221=20,57 %	777=71,78 %	76=7,65 %

Im Laufe von fünf Jahren waren also von 1074 Pfleglingen, über die man nach ihrer Entlassung noch Auskunft erhielt, 20,57 % geheilt, 71,78 % gebessert, 7,65 % ungebessert. Die grosse Zahl der Heilungen erklärt sich, dass in dieser Walderholungsstätte das Gros der Pfleglinge von den Nicht-Tuberkulösen gestellt wird, während die Tuberkulösen sich in der Gruppe der „Besserung“ deutlich bemerkbar machen.

Interessante Zahlen über die erzielte Arbeitsfähigkeit geben die Walderholungsstätten von Magdeburg: Möser und Fort II.

Jahr	Zahl der Pfleglinge	Arbeitsfähig	kürz. od. läng. Zeit arbeitsunf.	von letzteren Tuberkulöse
1906	192 ♂	124=64,5 %	68=35,5 %	30=44 %
1907	252 ♂ 156 ♀	185=73,4 % 116=74,4 %	67=26,6 % 40=25,6 %	36=53,7 % 19=47,5 %
1908	242 ♂ 118 ♀	169=69,4 % 94=79,6 %	73=30,6 % 24=20,4 %	34=46,5 % 9=37,5 %
1909	186 ♂	125=63,1 %	61=36,9 %	32=52,4 %
1910	263 ♀	177=67,3 %	86=32,7 %	40=46,6 %
	1409	990=70,27 %	419=29,73 %	200=47,73 %

Was besagen nun diese Tabellen? Die erste Tabelle gibt uns den strikten Nachweis, dass in den Walderholungsstätten tatsächlich grosse Erfolge erreicht werden. Wenn 20,57 % direkt als geheilt entlassen werden und 71,78 % bedeutend gebessert, so kann man gewiss vollauf zufrieden sein. Die Erfahrungen von Chausseehaus bei Wiesbaden sowie auch die anderer Anstalten haben gezeigt, dass die besten Resultate bei Rekonvaleszenten erzielt werden, was ja auch in der Natur der Sache liegt. Diese werden gewöhnlich alle geheilt. Dann kommen die Blutarmen, die Magen- und Darmkranken, die an Kehlkopf-, Luftröhren- und Bronchialkatarrh Leidenden. Auch die an Nervenschwäche Erkrankten zeigen erfreuliche Resultate. Die weniger guten Erfolge zeigen die Tuberkulösen; sie stehen in

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der Reihe der Gebesserten, vor allem stellen sie das Hauptkontingent zur Gruppe der Ungebesserten. Über diesen Punkt gibt die zweite Tabelle noch besseren Aufschluss. Die Gruppierung findet dort statt nach Arbeitsfähigkeit und Nicht-Arbeitsfähigkeit. Die Mehrzahl der Patienten wurde als arbeitsfähig entlassen und blieb es auch. 29,73% blieben jedoch noch kürzere oder längere Zeit arbeitsunfähig. Und da zeigt sich, dass unter ihnen eben die Tuberkulösen einen hohen Prozentsatz einnehmen, beinahe bis zu 50%. Dass die Tuberkulösen nur eine ganz geringe Heilungszahl aufweisen, wundert nicht. Es wird kein Mensch verlangen, dass bei einem Aufenthalt von einem, höchstens zwei Monaten diese Krankheit ausheilt. Und trotzdem sind auch in dieser Zeit unverkennbare Heilungen zu verzeichnen, nämlich bei den Leicht-Tuberkulösen. Wie bereits erwähnt, benutzen diese die Kur in der Walderholungsstätte als Vorbereitung für die Heilanstalt. Und da finden sich fast in jeder Anstalt vereinzelte Fälle, die nach Beendigung einer Walderholungsstätten-Kur vollständig geheilt waren, so dass sich eine Sanatoriumskur erübrigte.

Andere, die eine Vorkur in der Walderholungsstätte absolvieren, machen durch die zweckentsprechende Lebensweise, durch Ruhe und gute Ernährung solche Fortschritte, dass die nachfolgende Heilstättenkur für sie viel erfolgreicher und nachhaltiger wirkt. Schon öfters haben solche Kranke eine bessere Kur im Sanatorium gemacht, als viele derjenigen, die gleich in das Sanatorium aufgenommen wurden.

Auf einen weiteren Erfolg der Walderholungsstätte ist noch aufmerksam zu machen. Manche wurden wegen vorgeschrittenen Leidens von den Heilstätten abgewiesen. Sie machten eine Kur in einer Walderholungsstätte und dort machten sie derartige Fortschritte und wiesen eine solche Besserung ihres Befindens auf, dass sie nun in die Heilstätte aufgenommen werden konnten und eine erfolgreiche Kur zu verzeichnen hatten.

Alles dies sind entschiedene und sehr begrüssenswerte Leistungen, zumal wenn man noch bedenkt, mit wie wenig Kosten dieselben erreicht werden. So glänzend sind selbstverständlich die Erfolge nur bei einem Teil der Tuberkulösen, bei den Unheilbar-Kranken des dritten Stadiums sind so weitgehende Besserungen nicht mehr zu erwarten. Aber ohne Zweifel üben die Walderholungsstätten auch bei diesen einen wohltätigen Einfluss aus. Können sie auch keine Heilungen mehr erzielen, so wirken sie doch auf das

2. Subjektive Befinden der Pfleglinge augenfällig ein.

Das Herausnehmen der Kranken aus ihrer Arbeit, ihren alltäglichen Sorgen und Mühen, das Leben in der freien Natur, die Ruhe und Ernährung bessern das Allgemeinbefinden der Kranken bedeutend; kommen doch gerade in die Walderholungsstätte viele,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die durch Not und schlechte Ernährung körperlich heruntergekommen und geschwächt sind. Und eben die sind es, die in der Anstalt geradezu aufblühen. „Die Begleit- und Folgeerscheinungen von Blutarmut und Unterernährung wie Kopfschmerzen, Mattigkeit, Appetitlosigkeit, werden beseitigt oder zum mindesten gebessert.“ Schon nach verhältnismässig kurzer Zeit zeigt sich bei den meisten Patienten eine Hebung des Gesamtzustandes, sowohl in körperlicher wie psychischer Beziehung; letzteres gilt vor allem von den Kindern. Lennhoff hat oft genug gesehen, dass „ein schlaffes Kind elastisch, ein scheues übermütig, ein geistig stumpfes regsamer wurde.“

Viele Kranke, besonders Tuberkulöse, sagen immer und immer wieder, wie gut ihnen der Aufenthalt in der Walderholungsstätte bekommen, wie vortrefflich sie sich erholt haben. Und dass dies keine leere Redensart ist, beweist der Umstand, dass sie auch später noch öfters die Anstalt zur Kur aufgesucht haben. Auch Schwer-Tuberkulöse, welche in schlechtem Zustande in die Anstalt kamen, fanden dort neue Kräftigung, die es ihnen ermöglichte, den ihnen besonders gefährlichen Winter zu überstehen und damit eine Verlängerung ihres Lebens zu erreichen.

Hiermit sind jedoch die Leistungen der Walderholungsstätten noch lange nicht erschöpft. Ihr Einfluss erstreckt sich ja nicht allein auf die Kranken, sondern geht noch über diese hinaus, richtet sich auf die Allgemeinheit, auch auf die Gesunden. In der Bekämpfung der Tuberkulose spielt die Prophylaxe eine sehr wichtige, um nicht zu sagen wichtigste Rolle. Eine Heilung der Schwer-Tuberkulösen entzieht sich bis jetzt dem Bereich der Möglichkeit. Sie finden in Sanatorien keine Aufnahme, da die dafür aufgewendeten Kosten in keinem Verhältnis stehen zu der erzielten Arbeitsfähigkeit, worauf es den Versicherungsanstalten vor allem ankommt. Dabei müssen diese Kranken in ihren schlechten Wohnungen bleiben und da sie durchschnittlich alle starke Bazillenspucker sind, bilden sie für ihre Familie und ihre ganze Umgebung einen beständigen Infektionsherd. Die Kranken gingen mit dem infektiösen Auswurf in leichtsinnigster Weise um, sie spuckten ins Taschentuch oder gar auf den Fussboden. Die Folge war, dass daraus eine neue Saat von Kranken aufsprosste. Ganze Familien wurden auf diese Weise Opfer dieser furchtbaren Krankheit.

In dieses Elend griffen die Walderholungsstätten direkt erlösend ein. Sie nehmen den Tuberkulösen über Tag aus seiner Wohnung und seiner Familie. Und während sie ihm selbst eine grosse Wohltat erweisen, tun sie das Gleiche zur nämlichen Zeit seiner Familie, die dadurch von einer grossen Last befreit, vor einer grossen Gefahr bewahrt wird. Die Kranken werden in der Anstalt zu einer hygienischen Lebensweise erzogen, sowohl in Worten als auch in

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der Tat. Sie bekommen genaue Anweisnngen, wie sie ihren Auswurf beseitigen und unschädlich machen sollen. Durch tagtägliche Übung gehen ihnen diese Vorschriften in Fleisch und Blut über. Sie wissen es schliesslich nicht anders, als dass man statt ins Taschentuch in die Spuckflasche spuckt und diese in einwandfreier Weise entleert. Kehrt nun auch der Kranke abends zu seiner Familie zurück, so besteht für diese eine viel geringere Gefahr; denn der Kranke beobachet sein tagsüber in der Erholungsstätte geübtes Verhalten auch des Nachts zu Hause.

An dieser Stelle ist noch auf einen anderen guten Einfluss der Walderholungsstätte hinzuweisen. Die Kranken befinden sich nicht nur an den Werktagen, sondern auch am Sonntag in der Anstalt. Dies hat zur Folge, dass die Angehörigen ihre Kranken am Sonntag in der Regel besuchen, einige Stunden bei ihnen bleiben und somit die Zeit, die sie sonst im Wirtshaus oder einem zweifelhaften Vergnügungslokale zubringen würden, im Freien verleben. So werden sie manchmal nicht nur vor den Gefahren des Alkohol-Missbrauches bewahrt, sondern tun auch direkt etwas für ihre eigene Gesundheit.

Ein grosser Nutzen der Walderholungsstätten liegt auch in folgendem. Wie wir gesehen, machen gerade Blutarme und Schwächliche eine gute Kur. Dieses ist einesteils für die Betroffenen selbst hoch erfreulich, aber nicht minder für die Familien, besonders für die Krankenkassen und Versicherungsanstalten. Durch Verhütung des Ausbruches einer Krankheit wird ungeheuer viel geleistet. Wie viel Elend, Kummer und Not wird dadurch verhindert, welch grosse Summen erspart, die besser und nutzbringender einem anderen Bedürfnis zugeführt werden können.

Welche[1]) Anerkennung die Walderholungsstätten gefunden haben, geht aus einer Äusserung aus den von Mitgliedern des Reichsversicherungsamtes herausgegebenen Monatsblättern für Arbeiterversicherung hervor:

„Es kann wohl behauptet werden, dass die Walderholungsstätten die auf sie gesetzten Hoffnungen in reichem Masse erfüllt haben. Der Beweis ihrer Nützlichkeit ist nicht nur durch den gewaltigen Zudrang von Patienten geführt, dem die vorhandenen Erholungsstätten kaum noch genügen können, sondern er ist auch durch ärztliche Feststellungen unwiderleglich erbracht. So sind die Walderholungsstätten bereits in der kurzen Zeit ihres Bestehens ein unentbehrliches Glied in der Kette der modernen Wohlfahrtseinrichtungen geworden. Auch die Träger der staatlichen Arbeiterversicherung können diese Einrichtung bei der Erfüllung ihrer Aufgaben aufs beste verwerten

---

1) Jahresbericht des Vereins zur Bekämpfung der Tuberkulose in Rixdorf. 1906/07. pag. 15.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

und sie werden voraussichtlich auch fernerhin an ihrer Förderung mitwirken zum Heile der bedürftigen Bevölkerungsklassen."

Zum Schlusse will ich noch die zwei Walderholungsstätten, an deren Errichtung Herr Professor Dr. Paul Krause mitgewirkt hat, in der Anlage kurz beschreiben.

a) Die Walderholungsstätte Jena[1]).

Die Walderholungsstätte Jena wurde im Jahre 1908 von dem dortigen Verein zur Bekämpfung der Tuberkulose erbaut. Dieselbe liegt in einem wunderschönen Waldterrain, einem Stück des städtischen Bergwalds im Münchenrodaergrund. Bei der Wahl des Platzes wurde gleich darauf Bedacht genommen, dass auch noch eine eventuell später zu errichtende Waldschule sowie eine Erholungsstätte für Frauen dort Unterkunft finden könnte. Die Gebäude der Anstalt liegen auf einem ansteigenden Gelände und bieten in ihrer ganzen Anlage dem Auge des Beschauers einen gefälligen Anblick (s. Abb. 1). Die Erholungsstätte hat folgende Baulichkeiten aufzuweisen:

1. Das Wirtschaftsgebäude, das eine Grundfläche von 13,64 m, 7,14 m und eine durchschnittliche Höhe von 3,25 m besitzt. Dasselbe wurde geliefert von der Deutschen Barackenbaugesellschaft in Cöln-Ehrenfeld und zeigt das System der zerlegbaren, transportablen Holzhäuser. Das ganze Gebäude ruht auf Betonpfeilern, um die aufsteigende Bodenfeuchtigkeit abzuhalten. Raumeinteilung ist diese: An einem Vorflur liegt zur rechten Seite ein kleines Zimmer, das sogenannte Dienstzimmer, wo die Aufnahme der Kranken erfolgt. Auf der linken Seite, durch einen kleinen Flur erreichbar, befindet sich das Zimmer für die Schwester, das zugleich als Wohn- und Schlafzimmer dient, sowie das Zimmer für den Wärter. Den Hauptflur schliesst nach links eine Klosettanlage ab. Vom Vorflur aus kommt man unmittelbar in die geräumige Küche mit Spülraum, Vorratskammer und Anrichte; durch ein Speiseausgabefenster ist die Verbindung hergestellt mit dem unmittelbar an die Küche sich anschliessenden Speisesaal. Von hier führt eine Türe zu einer an der Giebelseite des Hauses gelegenen, offenen Halle, wo bei gutem Wetter die Mahlzeiten eingenommen werden (s. Abb. 2, 3, 4 u. 5).

2. Die Liegehalle, ebenfalls zerlegbar und transportabel, ruht wie das Wirtschaftsgebäude auf Betonpfeilern; sie ist 18 m lang, 3,20 m breit und 2,80 m hoch. An die Liegehalle schliesst sich direkt ein kleiner, verschliessbarer Raum an, der zur Aufnahme der Liegestühle, Decken usw. bestimmt ist. Neben der Halle wurde

1) Nach dem Jahresbericht des Vereins zur Bekämpfung der Tuberkulose in Jena und Wenigenjena.

Generated on 2019-12-14 17:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA

ein Abortgebäude errichtet, in dem auch Gelegenheit zum Entleeren und Ausspülen der Speiflaschen gegeben ist.

3. In der Nähe des Wirtschaftsgebäudes wurde ein eigener Keller angelegt. Das stark ansteigende Terrain ermöglichte die Anlage von zwei übereinander gelegenen Kellerräumen, deren jeder eine Grundfläche von 20 qm aufweist. In Verbindung damit steht ein Waschraum mit zehn Kippwaschbecken. Hier ist auch eine Feuerstelle zur Beschaffung von warmen Wasser im Winter.

4. Die Besorgung guten Wassers machte grosse Schwierigkeiten. Nach langen Versuchen bekam man endlich das gewünschte Wasser durch Erbohrung eines 32 m tiefen Brunnens, dessen An-

Abb. 1. Transportable Walderholungsstätte Jena.
(Baufirma: Deutsche Barackenbaugesellschaft m. b. H. in Cöln-Ehrenfeld.)

lage allein schon über 3000 M. verschlang und somit den ganzen Bau verteuerte. Die Abwässer werden zu 50 m unterhalb des Grundstücks gelegenen Sickergruben geleitet.

Der Kostenaufwand für die ganze Anlage betrug:

a) Geländeregelung und Einfriedigung	2333.39	M.
b) Entwässerung	565.30	„
c) Bewässerung	3543.19	„
d) Liegehalle	2994.95	„
e) Wirtschaftsgebäude	11098.40	„
f) Keller und Waschraum . . .	3093.71	„
g) Abortgebäude	406.89	„
h) Inventar	3399.73	„
Summa	**27435.57**	**M.**

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Wenn man bedenkt, dass Walderholungsstätten, die nur eine Döckersche Baracke besitzen, schon 15000 M. zu ihrer Errichtung erfordern, so kann die Jenenser Walderholungsstätte bei ihrer schönen Lage und ihrem gefälligen Aussehen nicht teuer genannt werden.

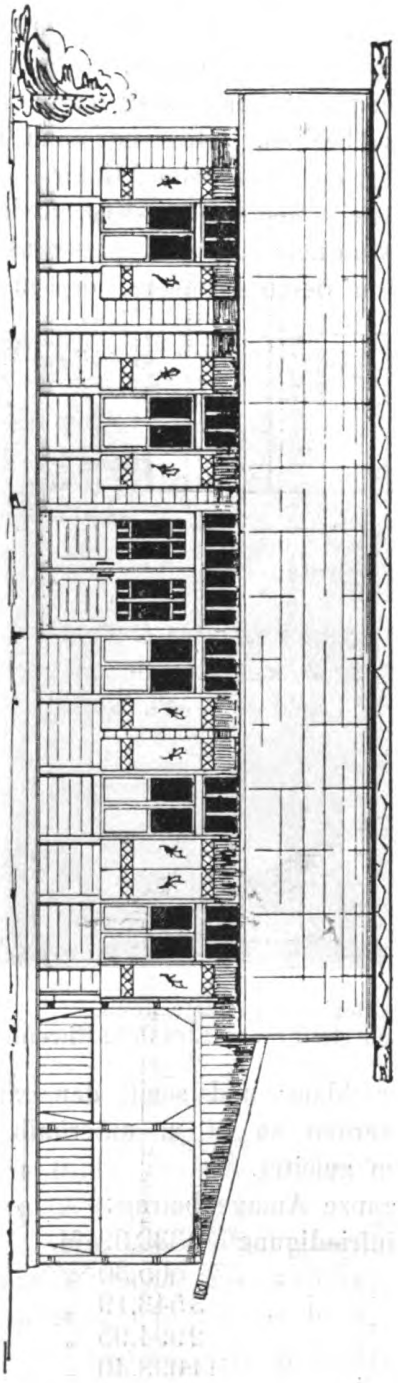


Abb. 2. Seitenansicht.

b) Die Tageserholungsstätte Rheindorf-Bonn.

In Bonn arbeitet man seit Frühjahr dieses Jahres an der Erbauung einer Erholungsstätte für Lungenkranke, die einen etwas anderen Typus darstellt. Der Bau geht eben seiner Vollendung entgegen und voraussichtlich kann der Betrieb schon Mitte August aufgenommen werden.

Die Aufsuchung eines geeigneten Platzes bot hier grosse Schwierigkeiten. Der Bergwald war zu weit weg und nebenbei auch sehr schwer mit Fahrtgelegenheit zu erreichen, so dass man davon abstehen musste, die Erholungsstätte im Walde zu erbauen. Auf der Seite von Godesberg stand der Dottenhof zur Verfügung, der aber ebenfalls sehr schwer zu erreichen und auch sehr weit entfernt ist. Ausserdem zeigt er noch den Nachteil, dass er eine zu sonnige Lage aufweist und dass an ihm direkt die Eisenbahnstrecke vorüberführt, auf der täglich gegen 200 Züge verkehren. Inzwischen ist übrigens auch an dieser Stelle das Bonner Licht- und Luftbad errichtet worden. Nach längerem Suchen entschloss man sich daher mit Rücksichtnahme auf die lokalen Verhältnisse das Terrain der Rheindorfer Mühle zu wählen, das nach Ansicht

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Sachverständiger, welche wiederholt zu verschiedenen Jahreszeiten dieses Gelände besichtigt haben, sich als durchaus geeignet erwies.

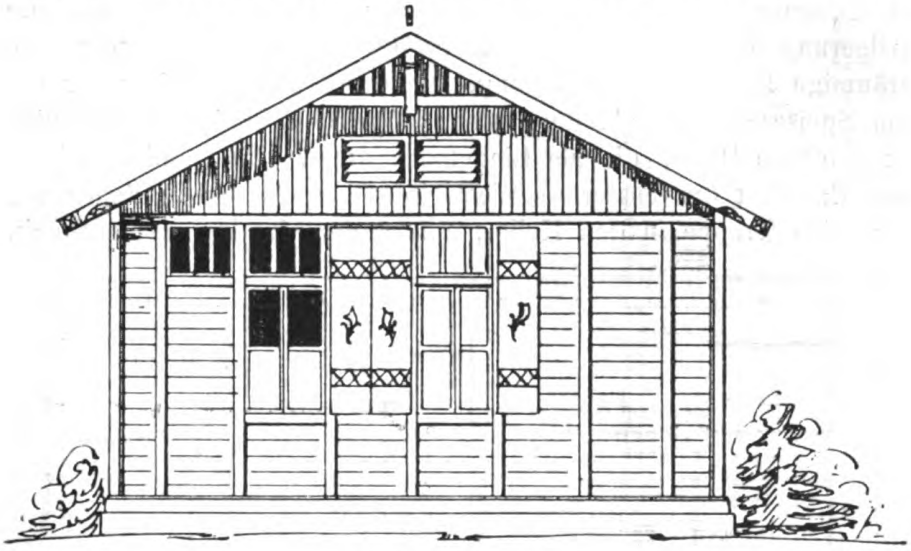


Abb. 3. Giebelseite.

Nun wurde sogleich an die Arbeit gegangen; das Gelände wurde eingezäunt, das alte Mühlgebäude abgerissen, der Boden geebnet, der mitten durchs Terrain führende Bach teilweise verlegt. Als

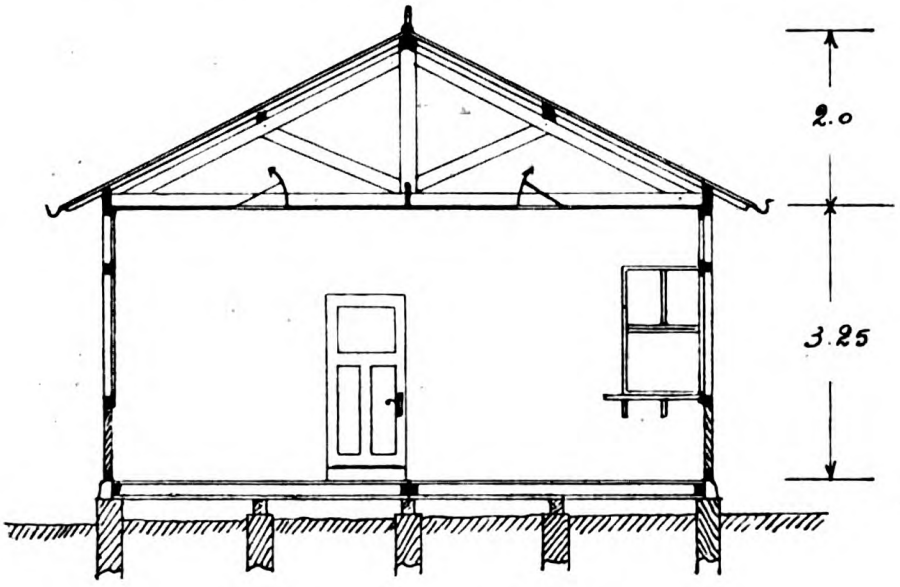


Abb. 4. Schnitt durch den Speisesaal.

Wirtschaftsgebäude wurde ein schöner Steinbau aufgeführt, der sich dem Charakter der Landschaft gut einfügt. Er weist eine Reihe von Räumlichkeiten auf. Im Parterre-Geschosse sind rechts vom

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Eingang je ein Zimmer für den Arzt und die Schwester, dann folgen Waschraum mit Bad und die Klosetts. Im Flur, beim Eingang zu den Aborten ist ein Desinfektionsbecken angebracht, in das die Entleerung der Spuckflaschen zu erfolgen hat. Ferner steht eine geräumige Küche zur Verfügung, die durch ein Schiebfenster mit dem Speisesaal in Verbindung steht. Vor dem Speisesaal liegt eine freie, offene Halle, die als Liegehalle dient. Eine andere Liegehalle flankiert die fensterlose Westseite des Speisesaals. Vom Gang führt eine Treppe in den Keller, eine andere in den ersten Stock,

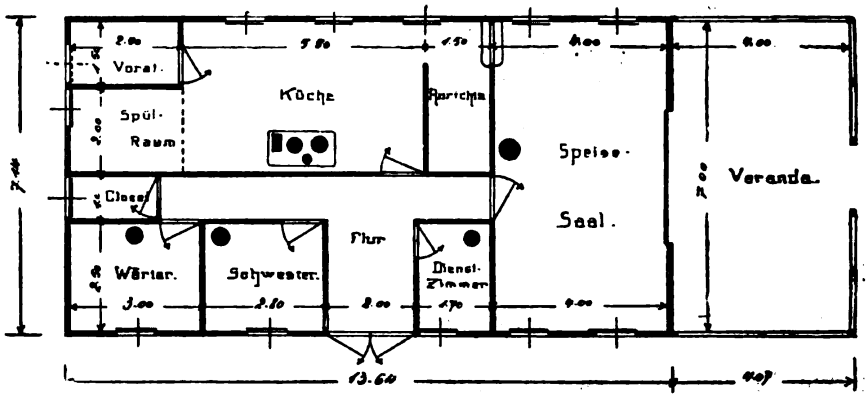


Abb. 5. Grundriss des Wirtschaftsgebäudes.

wo einige Zimmer sich befinden, ausersehen als Schlafraum für die leitende Schwester und das Dienstpersonal. Näheren Aufschluss über die Verteilung der Räume geben Aufriss und Grundriss der Erholungsstätte, die meiner Arbeit beigedruckt sind (s. Abb. 6, 7).

An der Errichtung der Tages-Erholungsstätte Rheindorf-Bonn ist in erster Linie die Stadt Bonn beteiligt, welche das Terrain und 25000 M. zur Verfügung stellte. Ferner leistete das „Deutsche Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose“ in Berlin einen einmaligen Beitrag von 5000 M.; auch der Verein zur Bekämpfung der Tuberkulose in Bonn hat mehrere 1000 M. für die Ausstattung bewilligt. Mit diesen Mitteln konnten die Kosten des Baues vollständig gedeckt werden. Über die Kosten selbst gibt der von Regierungsbaumeister Behr ausgearbeitete Kostenanschlag, der im folgenden vollständig abgedruckt ist und gewissermassen als Paradigma dienen möge, genauen Einblick.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

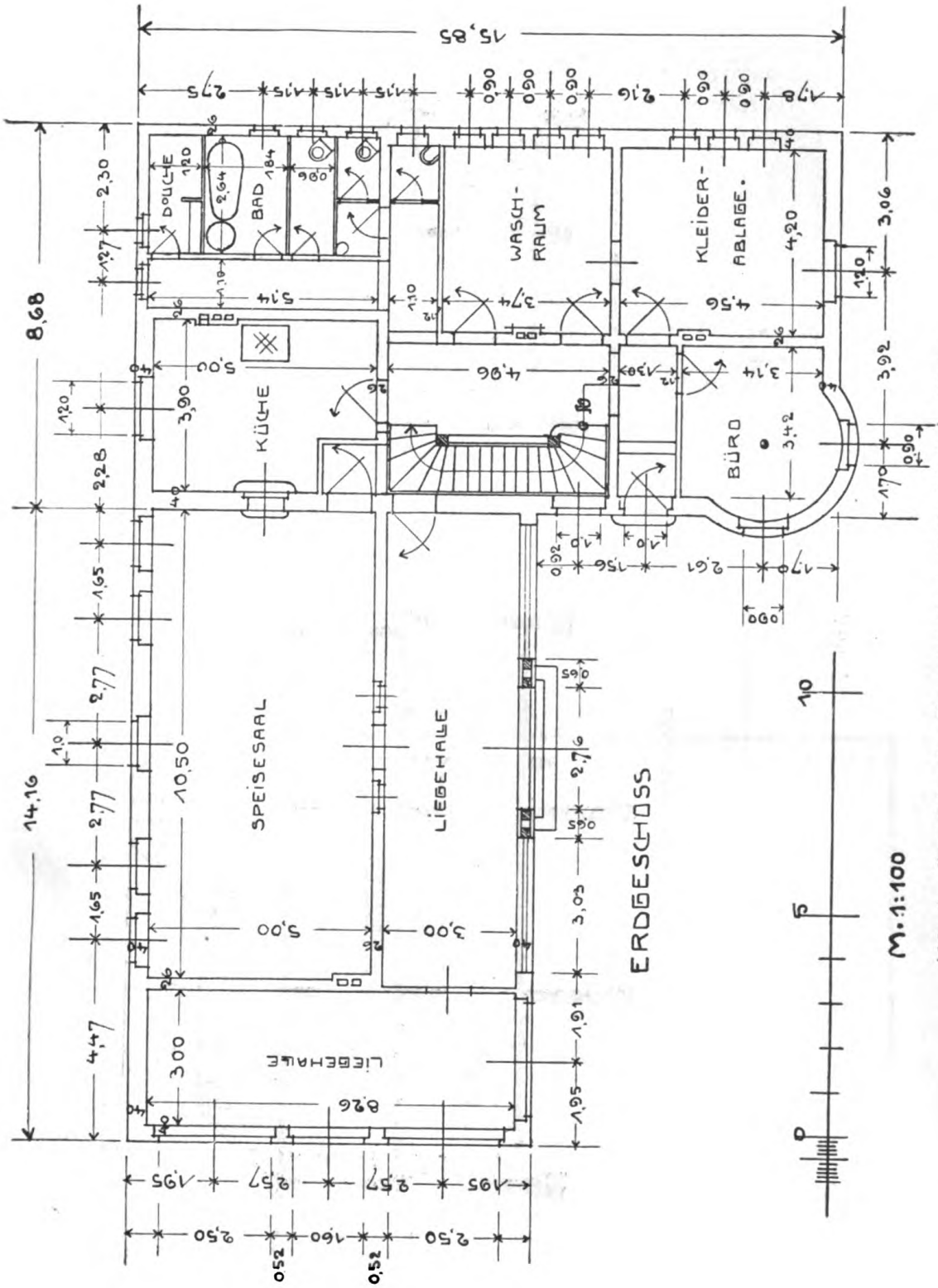


Abb. 6. Grundriss der Tageserholungsstätte Rheindorf-Bonn.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

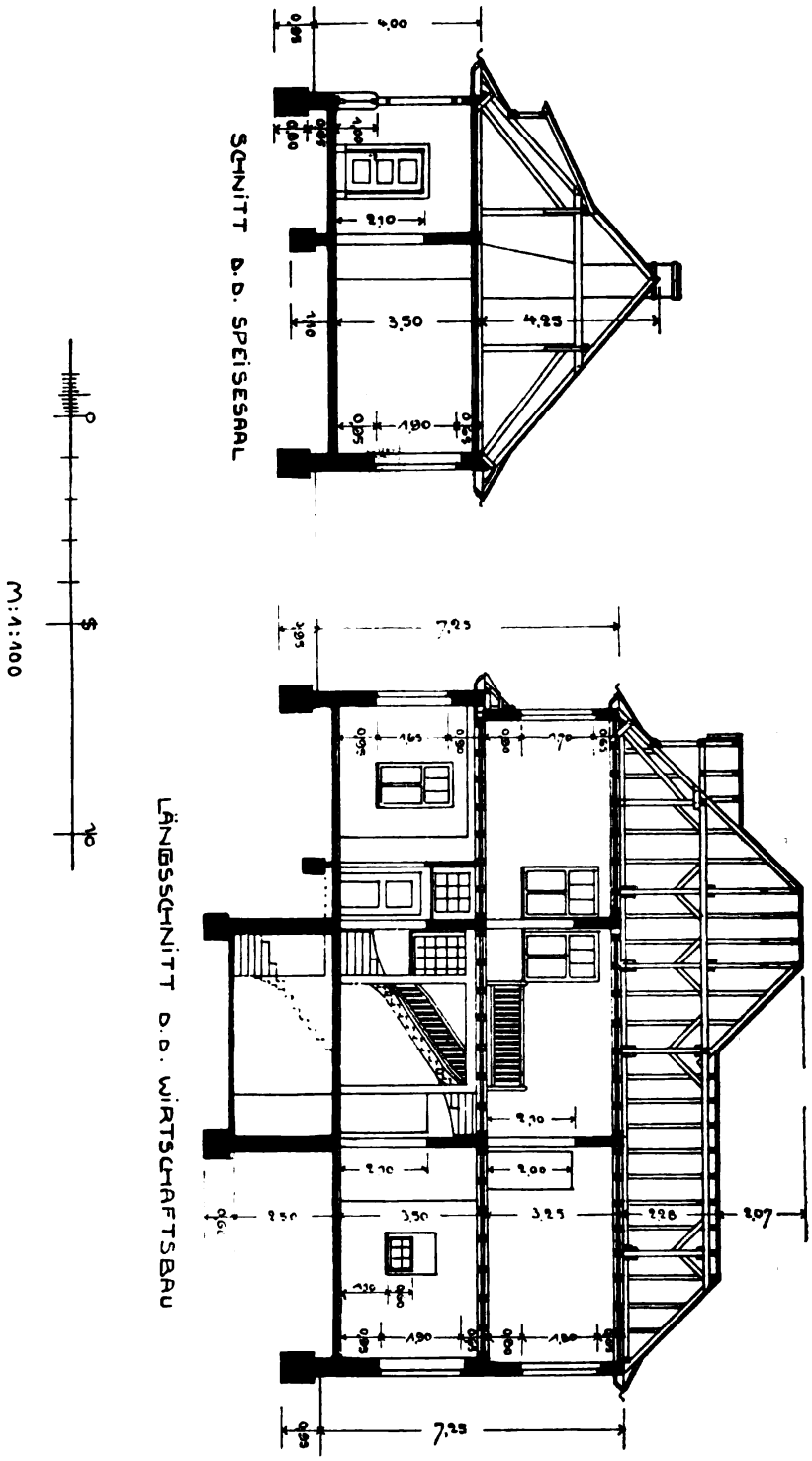
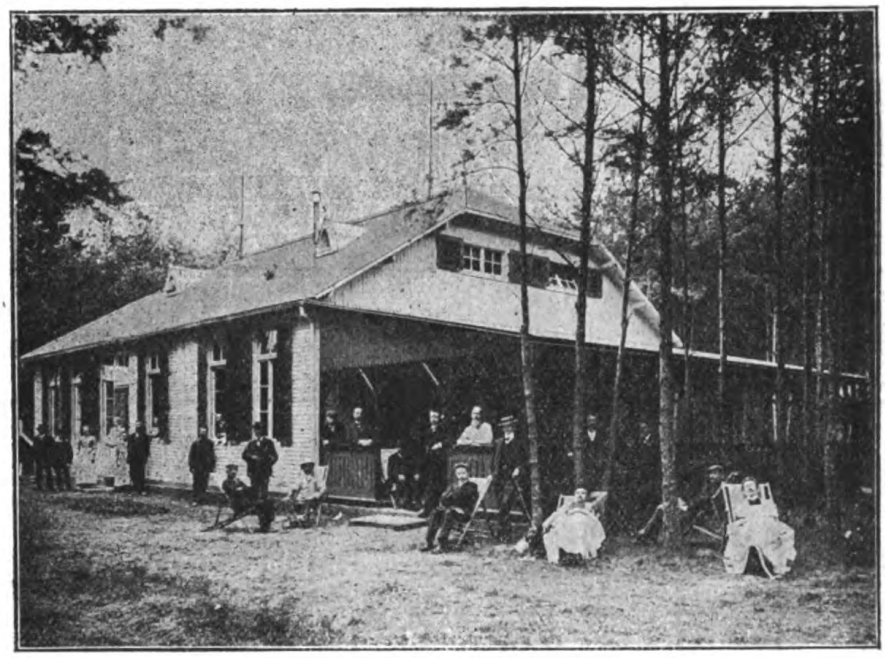
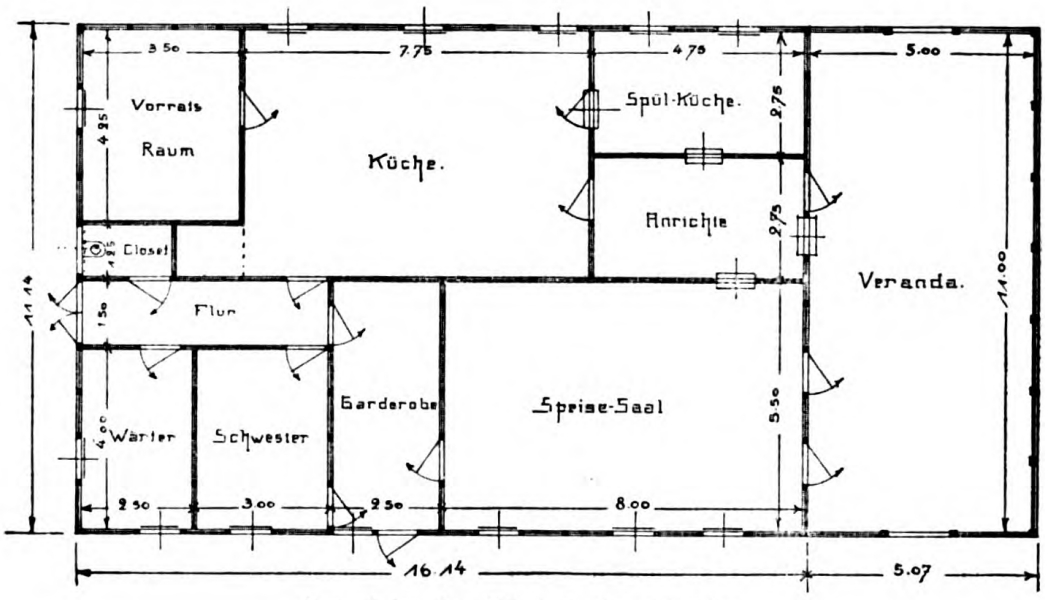


Abb. 7.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google



Transportable Walderholungsstätte der Stadt Cöln im Königsforst.
(Baufirma: Deutsche Barackenbaugesellschaft m. b. H. in Cöln-Ehrenfeld.)



Grundriss des Wirtschaftsgebäudes.

Generated on 2019-12-14 17:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA

Kostenanschlag

über

Errichtung einer Erholungsstätte für Lungenkranke in Rheindorf.

Position	Stückzahl	Gegenstand	Einzelpreis ℳ	₰	Gesamtbetrag ℳ	₰
		Tit. I. Erdarbeiten.				
1	198,00	cbm Ausschachtung der Baugrube und der Fundamente	1	50	297	—
2		Zur Abrundung			3	—
		Sa. Tit. I			300	—
		Tit. II. Asphaltarbeiten.				
3	50,50	qm Asphaltisolierung der Mauern	1	65	83	80
4		Zur Abrundung			6	20
		Sa. Tit. II			90	—
		Tit. III. Maurerarbeiten.				
5	73,00	cbm Betonfundamente	11	—	803	—
6	56,50	cbm Kellerwerk in Hartbrandsteinen und Kalkmörtel mit Zementzusatz	13	50	762	75
7	106,50	cbm Mauerwerk im Erdgeschoss	14	—	1491	—
8	49,00	cbm desgl. im Obergeschoss	14	—	686	—
9	36,60	cbm Öffnungen	3	50	128	10
10	5,50	cbm Kaminmauerwerk einschl. d. Kaminköpfe	16	—	88	—
11	46,50	qm Schwemmsteinwände, 10 cm stark . .	2	50	116	25
12	12,40	qm Eisenfachwand, 12 cm stark	2	60	36	25
13	33,00	qm Zementdielenwände, 5 cm stark . . .	2	50	82	50
14	31,80	qm Betondecken über dem Keller	2	50	79	50
15	35,40	qm Betonfussboden mit Feinschicht, 10 cm stark, im Keller	2	50	88	50
16	188,80	qm Betonboden, 12 cm stark, ohne Feinschicht	2	—	377	60
17	208,30	qm Terrazzoboden, 4 cm stark, im Erdgeschoss	5	—	1041	50
18	50,50	qm Wandplatten in den Baderäumen usw.	6	50	328	25
19	258,20	qm Schutzdecken	1	80	474	70
		Zu übertragen			6574	—

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Position	Stückzahl	Gegenstand	Einzelpreis M	Einzelpreis ₰	Gesamtbetrag M	Gesamtbetrag ₰
		Übertrag			6574	—
20	313,25	qm Deckenputz auf Spalierlatten	1	75	548	25
21	929,40	qm Wandputz in Kalkmörtel	—	70	650	60
22	406,50	qm Putz der äusseren Ansichtsflächen . .	1	50	609	75
23	6,50	qm Granitfensterbänke zu verlegen . . .	3	50	22	75
24	3	Stück Fensterschrägen	3	—	9	—
25	18,20	m Zementstufen der Kellertreppe	6	—	109	20
26	15,00	m Terrazzostufen	8	—	120	—
27	16	Stück Kamintüren	2	—	32	—
28	16,00	kg eiserne Träger zu verlegen ‰ . . .	18	—	28	80
29		Für Türgeschränke, Schutzecken usw. sowie für etwaige Mehrarbeiten und zur Abrundung			495	75
		Sa. Tit. III			9200	—
		Tit. IV. Steinmetzarbeiten.				
30	6,50	qm Granitfensterbänke	14	—	91	—
31		Zur Abrundung			9	—
		Sa. Tit. IV			100	—
		Tit. V. Zimmerarbeiten.				
32	38,00	cbm Holz anzuliefern	47	—	1825	—
33	2000,00	m Holz zu verzimmern	—	24	480	—
34	51,30	qm Schalung der Dachuntersichten mit rauhen Tannenbrettern	2	—	102	60
35	113,50	m Gesimsbretter, 30 cm breit, in Tannenholz	2	25	255	40
36	22,00	m Windleisten an den Dachgaubenfenstern	1	75	38	50
37	2	Stück Dachgaubenfenster über dem Hallenbau, aufzustellen als Zulage			60	—
38	1	Stück, desgl. über dem Wirtschaftsbau, wie vor			30	—
39		Für etwaige Mehrarbeiten u. zur Abrundung			180	50
		Sa. Tit. V			2900	—
		Tit. VI. Dachdeckerarbeiten.				
40	418,70	qm Dachfläche mit Falzziegeln einzudecken	2	80	1172	30
41	78,05	m First- und Gratziegel	3	—	234	15
42	3	Stück Dachgaubenfenster einzudecken, als Zulage	20	—	60	—
43	2	Stück liegende Dachfenster	12	—	24	—
44	13,50	qm Bleidichtungen	10	50	204	80
		Zu übertragen			1695	25

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Position	Stückzahl	Gegenstand	Einzelpreis M	₰	Gesamtbetrag M	₰
		Übertrag			1695	25
45	13,50	qm Vordach einzudecken	4	—	54	—
46		Für etwaige Mehrarbeiten u. zur Abrundung			80	75
		Sa. Tit. VI			1830	—
		Tit. VII. Klempnerarbeiten.				
47	102,30	m Vorhangringe	3	20	327	40
48	11,20	m desgl., jedoch kleiner	2	50	28	—
49	30,00	m Abfallrohre	2	40	72	—
50	14,00	m gusseiserne Rohre	5	—	70	—
51	13,25	qm Zink zu Abdeckungen usw.	6	—	79	50
52		Für etwaige Mehrarbeiten u. zur Abrundung			23	10
		Sa. Tit. VII			600	—
		Tit. VIII. Schmiedearbeiten.				
53	1600,00	kg eiserne Träger anzuliefern ‰	150	—	240	—
54	400,00	kg desgl. zu Eisenfachwänden ‰	220	—	88	—
55	200,00	kg Kleineisenzeug zu Erker, Bolzen usw.	—	24	48	—
56		Für etwaige Mehrarbeiten u. zur Abrundung			24	—
		Sa. Tit. VIII			400	—
		Tit. IX. Schreinerarbeiten.				
57	49,50	qm Fensterrahmen in Pitschpine	10	—	495	—
58	2	Stück dreiteilige Dachgaubenfenster . . .			30	—
59	1	Stück zweiflügeliges desgl.			10	—
60	1	Stück Haustür mit Oberlicht, 1 m breit und 3,40 m hoch, in Pitschpine			90	—
61	1	Stück Kellerabschlusstür, 1 m breit u. 3,20 m hoch, mit Oberlicht aus Tannenholz . .			50	—
62	2	Stück Kellertüren, 0,80 m breit u. 2 m hoch			20	—
63	1	Stück Schalter in der Küche, 0,60 m breit und 0,80 m hoch			10	—
64	2	Stück Füllungstüren, 0,95 m breit u. 2,10 m hoch, mit Futter u. Bekleidung, in 40 cm starker Wand, in reinem Tannenholz anzufertigen und einzusetzen	40	—	80	—
65	11	Stück desgl. in 26 cm starken Wänden . .	36	—	396	—
66	3	Stück desgl. in 13 cm starken Wänden . .	32	—	96	—
67	2	Stück Türen zum Speicher führend, 0,90 m breit und 2 m hoch, mit Blindrahmen, sonst wie vor	32	—	64	—
		Zu übertragen			1431	—

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Position	Stückzahl	Gegenstand	Einzelpreis M	₰	Gesamtbetrag M	₰
		Übertrag			1431	—
68	6	Stück Türen der Baderäume und Aborte, 0,70 m breit und 1,95 m hoch, in 13 cm starken Wänden, wie vor	28	—	168	—
69	1	Stück desgl., in 26 cm starker Wand . . .			30	—
70	1	Stück Flurabschluss mit Gasüberlichte, zweiflügelig, 1,50 m breit u. 2,10 m hoch, mit Futter u. Bekleidung, in 26 cm starker Wand			60	—
71	13	Stück Fensterläden für Fenster von 1 m Breite und 1,90 m Höhe, in Tannenholz .	15	—	195	—
72	12,30	qm Pitschpine Fussboden, einschl. Unterlagshölzer	5	20	63	96
73	87,70	qm Fussboden in reinem Tannenholz . .	2	70	236	80
74	160,40	qm rauher Fussboden auf dem Speicher .	2	20	352	90
75	100,40	m Fussleisten, 0,15 m hoch	—	70	70	28
76		Eine Geschosstreppe, 21 Stufen, Auftritte und Wangen in Buchenholz, Stosstritte in Tannenholz, einschl. einfachem Geländer	10	—	210	—
77	5,20	m Brüstungsgeländer i. einfacher Ausführung	8	—	41	60
78		Eine Leiter zum Speicher führend, eine Lücke mit Bekleidung und Futter . . .			30	—
79		Für Bekleidung der Pfosten u. Rahmhölzer im Treppenflur und in der Liegehalle .			90	—
80		Für etwaige Mehrarbeiten u. zur Abrundung			165	46
		Sa. Tit. IX			3075	—
		Tit. X. Schlosserarbeiten.				
81	14	Stück eiserne Fenster, 0,50 m breit u. 1 m hoch	7	50	105	—
82	16	Beschläge der zweiflügeligen Fenster, je 1 Riegel und 1 Oberlichtverschluss . . .	8	—	128	—
83	3	desgl. der dreiteiligen Fenster, 2 Riegel und 2 Oberlichtverschlüsse	20	—	60	—
84	1	desgl. der zweiteiligen Fenster, 2 Riegel und 1 Oberlichtverschluss			15	—
85	1	desgl. des Flurfensters			6	—
86	1	desgl. des Dachgaubenfensters			3	—
87	1	desgl. der Haustür			25	—
88	1	desgl. des Flurabschlusses			15	—
89	1	desgl. der Kellerabschlusstür			8	—
90	1	desgl. für den Speisenschalter			10	—
91	16	Beschläge der Zimmertüren	8	—	128	—
92	7	desgl. der Aborttüren usw.	6	—	42	—
		Zu übertragen			545	—

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Position	Stückzahl	Gegenstand	Einzelpreis M	₰	Gesamtbetrag M	₰
		Übertrag			545	—
93	2	Türen zum Speicher führend, mit Eisenblech zu beschlagen und Liefern der Schlösser	15	—	30	—
94		Für Schutzecken, Fusskratzroste, Türschliesser sowie für etwaige Mehrarbeiten und zur Abrundung			125	—
		Sa. Tit. X			700	—
		Tit. XI. Glaserarbeiten.				
95	44,00	qm Blankverglasung mit 4/4 Glas, III. Sorte	3	—	132	—
96		Ein Speisenschalter mit Mattglas			3	50
97	14	Stück eiserne Fenster zu verglasen, mit Mattglas	3	50	49	—
98		Für Scheibenbruch und zur Abrundung .			35	50
		Sa. Tit. XI			250	—
		Tit. XII. Anstreicherarbeiten.				
99	49,50	qm Fensterrahmen zu streichen	1	60	79	20
100		Für Anstrich der Dachgauben			16	—
101	2	Stück liegende Dachfenster			2	—
102	113,50	m Gesimsbretter zu streichen	—	45	51	08
103	51,30	qm Schalung d. Dachuntersichten zu streichen	—	20	10	30
104	199,50	qm Anstrich der inneren u. äusseren Türen	—	80	159	60
105	100,00	qm Fussboden zu streichen	—	60	60	—
106	100,40	m Fussleisten zu streichen	—	10	10	04
107	21	Stufen der Geschosstreppe, einschl. Geländer			25	—
108	5,20	m Brüstungsgeländer	2	—	10	40
109	14	eiserne Fenster zu streichen	—	50	7	—
110	2	Stück eisenbeschlagene Türen zu streichen	2	—	4	—
111	1017,50	qm Kalkfarbenanstrich der Decken u. Wände	—	20	203	46
112	210,00	qm Wandflächen zu streichen	—	35	73	50
113		Für etwaige Mehrarbeiten u. zur Abrundung			38	42
		Sa. Tit. XII			750	—
		Tit. XIII. Ofenarbeiten.				
114		Ein Ofen für den Speisesaal			100	—
115		Ein Ofen zum Anwärmen von Sand . . .			50	—
		Sa. Tit. XIII			150	—
		Tit. XIV. Bauleitung.				
116		Für Bauleitung			1000	—
		Sa. Tit. XIV			1000	—

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Position	Stückzahl	Gegenstand	Einzelpreis M	Einzelpreis ₰	Gesamtbetrag M	Gesamtbetrag ₰
		Tit. XV. Insgemein.				
117	3	Stück Aborttrichter	60	—	180	—
118	1	Stück Pissoirbecken			18	—
119	1	Stück Desinfektionsbecken mit Grube . .			80	—
120	2	Stück Spülsteine	15	—	30	—
121	1	Stück Brunnen C, 10 m tief			300	—
122	1	Stück Pumpe			120	—
123	1	Wasserbassin C, 3 cbm Inhalt			800	—
124		Für die Be- und Entwässerung; Senke und Fettfang, Aufstellen eines Motors zum Pumpen des Wassers in das Bassin, Anschlüsse an die Aborte usw.			1500	—
125		Für die Einrichtung der Baderäume . . .			550	—
126		Ein Waschtisch mit 3 Kippbecken			150	—
127		Für die Abortgrube			400	—
128	525,00	m Einfriedigung des Geländes	2	50	1312	50
129		Für Regulierung des Hofes, Reinigen des Baues und zur Abrundung			219	50
		Sa. Tit. XV			5660	—
		Zusammenstellung.				
		Tit. I. Erdarbeiten			300	—
		„ II. Asphaltarbeiten			90	—
		„ III. Maurerarbeiten			9200	—
		„ IV. Steinmetzarbeiten			100	—
		„ V. Zimmerarbeiten			2900	—
		„ VI. Dachdeckerarbeiten			1830	—
		„ VII. Klempnerarbeiten			600	—
		„ VIII. Schmiedearbeiten			400	—
		„ IX. Schreinerarbeiten			3070	—
		„ X. Schlosserarbeiten			700	—
		„ XI. Glaserarbeiten			250	—
		„ XII. Anstreicherarbeiten			750	—
		„ XIII. Ofenarbeiten			150	—
		„ XIV. Bauleitung			1000	—
		„ XV. Insgemein			5660	—
		Sa. Zusammenstellung			27000	—
		Innere Einrichtung.				
130		Speisesaal			300	—
131		Garderobe			75	—
		Zu übertragen			375	—

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Position	Stückzahl	Gegenstand	Einzelpreis M	₰	Gesamtbetrag M	₰
		Übertrag			375	—
132		Kücheneinrichtung mit Geschirr für 40 Personen, Herd und Transportspeisewagen .			900	—
133		Verwalterzimmer			140	—
134		13 Liegestühle, komplett	43	—	559	—
135		Für Petroleumlampen			36	—
		Sa. Innere Einrichtung			2000	—
		Nebenanlagen.				
136		Für den Kiesweg von der Herpenerstrasse laut Kostenanschlag des Tiefbauamts . .			600	—
137		Für 6 Liegestühle, im Freien aufzustellen			260	—
138		Für Gartenanlagen um das Gebäude in der bescheidensten Ausführung			1140	—
		Sa. Nebenanlagen			2000	—
		Zusammenstellung.				
		Gebäude			27000	—
		Innere Einrichtung			2000	—
		Nebenanlagen			2000	—
		Gesamtsumme			31000	—

Aufgestellt

Bonn, den 6. Dezember 1910.

Stadtbauamt.

I. A.

gez. Behr.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Liste der im Frühjahr 1910 im Betrieb befindlichen Walderholungsstätten.

Generated on 2019-12-14 17:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA

Generated on 2019-12-14 17:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google

Liste der im Frühjahr 1910 im Betrieb befindlichen Walderholungsstätten.

(Nach dem Geschäftsbericht des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose. Der Stand der Tuberkulose-Bekämpfung im Frühjahr 1910).

Provinz	Lauf. Nummer	Name der Anstalt	Nähere Bezeichnung der Lage	Eigentümer	Eröffnungsjahr	Nur Sommer-(S.) od. auch Winter-(W.) Betrieb	Nur Tages-(T.) od. auch Nacht-(N.) Betrieb	Wieviele Kranke werden aufgenommen: Männer	Frauen	Kinder	Tages-Pflegesatz	Leitender Arzt
Ostpreussen	1	Erholungsheim Schneewalde	bei Königsberg	Fürsorgestelle f. Lungenkranke u. Tuberkulöse, E. V. Königsberg	1907	S. W.	T. N.	—	20		2	Dr. Goebel, Brandenburg
Westpreussen	2	Heubude	bei Danzig	Danziger Jugendfürsorgeverband	1905	S.	T.	—	150		f. Fr. 1.50 f. K. 1.10	Dr. Catoir, Danzig
Brandenburg	3	Jungfernheide	bei Berlin, Charlottenburg	Abt. IV für Erholungsstätten des Volksheilstättenvereins v. Roten Kreuz, Berlin, Friedrichstrasse 207	1900	S.	T.	220	—	—	Sommer 0.55 Winter 0.70	San.-Rat Dr. Fränkel, Südende
„	4	Luise v. Studt-Erholungsstätte	Johannistal	desgl.	1908	S. W.	T.	200 bis 250	—	—	Sommer 0.55 Winter 0.70	Dr. Riech
„	5	Leopold Koppel-Erholungsstätte	Eichkamp bei Berlin, Grunewald	desgl.	1908	S. W.	T. N.	—	250		Sommer 0.55 Winter 0.70	Prof. Dr. A. Kuttner
„	6	Pankow	b. Berl., Niederschönhausen-Schönholz	desgl.	1908	S.	T. N.	—	200	60—70	0.55	Dr. Rohardt
„	7	Sadowa	bei Berlin	desgl.	1903	S.	T.	—	—	250	0.30—0.50	Prof. Dr. R. Lennhoff
„	8	Wolf Becher-Erholungsstätte	Eichkamp bei Berl, Grunew.	desgl.	1909	S.	T.	—	—	250	0.30—0.50	Dr. B. Latz

Original from UNIVERSITY OF IOWA

Generated on 2019-12-14 17:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Brandenburg	9	Schönholz I	bei Berlin, Schönholz	Abt. IV für Erholungsstätten des Volksheilstättenvereins v. Roten Kreuz, Berlin, Friedrichstrasse 207	1902	S.	T. N.	—	—	250	0.30—0.50	
„	10	Schönholz II	bei Berlin	Vatl. Frauenv. Pankow-Niederschönhausen-Schönholz in Pankow	1906	S.	T. N.	—	30 Säuglinge u. Mütter	30	—	Dr. Rohardt
„	11	Schöneberg I bei Eichkamp	Eichkamp-Grunewald	Verein z. Bekämpfung d. Tuberkulose, Schöneberg	1904	S.	T. N. für 18 Kranke	—	—	150	1.10	San.-Rat Dr. Rabnow
„	12	Schöneberg II bei Eichkamp	Eichkamp-Grunewald	desgl.	1904	S.	T. N. für 16 Kranke	—	—	200	1.00	San.-Rat Dr. Rabnow
„	13	Madlower Heide	bei Cottbus	Cottbus, Heilstättenverein in Cottbus	1908	S. W.	T.		80—100		—	
„	14	Spandau I	—	Magistrat Spandau	1909	S.	T.		200		projektiert	
„	15	Spandau II	Spandau, Stadtwald	Ortskrankenkasse der Handwerker u. der Stadt Spandau	—	S. W.	T.	—	—	—	projektiert	
„	16	Westend	Westend bei Charlottenburg	Vaterländ. Frauenverein Charlottenburg, Berlinerstrasse 137	1905	S.	T. N. für 40 Kinder	—	—	240	0.70 bzw. 1.20 M bei T. u N.	
„	17	Mädchenhort	Eberswalde	Vaterländ. Frauenverein Eberswalde	1900	S. W.	T. N.	—	100		0.55 f. K. 0.50	
„	18	Königsheide	im kgl. Forst Königsheide bei Johannistal	Verein zur Bekämpfung d. Tuberkulose i. Rixdorf	1905	S.	T.	—	100		0.55 f. K. 0.50	
„	19	Walderhol.-Stätte Forst (Lausitz)	Forst	Verein Walderholungsstätte Forst (Lausitz)	1908	S.	T.	30	30	—	1.00	
Pommern	20	Hohenkrug I	bei Stettin	Zweigverein vom Roten Kreuz in Stettin	1904	S. W.	T. N.	100	—	—	0,60 Mittagessen und 1 l. Milch, volle Beköstig. und Logis 2,—	Dr. Wasmund
„	21	Hohenkrug II	desgl.	desgl.	—	—	—	—	Fr.	—	projektiert	

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA

Generated on 2019-12-14 17:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Provinz	Lauf. Nummer	Name der Anstalt	Nähere Bezeichnung der Lage	Eigentümer	Eröffnungsjahr	Nur Sommer- (S.) od. auch Winter- (W.) Betrieb	Nur Tages- (T.) od. auch Nacht- (N.) Betrieb	Wieviele Kranke werden aufgenommen: Männer	Frauen	Kinder	Tages-Pflegesatz	Leitender Arzt
Pommern	22	Jeeser bei Greifswald	Greifswald	Verein zur Bekämpfung d. Tuberkul. i. Greifswald	1907	S.	T. N. für 16 Kranke	70–80			1.00–1.50 mit Nachtquatier	Prof. Dr. Steyrer
Posen	23	Unterberg I bei Moschin	Unterberg bei Moschin	Verein zur Fürsorge für kranke Arbeiter i. Posen	1903	S. W.	T.	150	—	—	—	Dr. Berg aus Posen
„	24	Unterberg II bei Moschin	desgl.	desgl.	1904	S. W.	T.	—	75	—	—	
„	25	Unterberg III bei Moschin	desgl.	desgl.	1908	—	—	—	—	75	—	
„	26	Walderholungsstätte Oplawitz	Jagdschützer Forst bei Bromberg	Bromberger Ortsverb. d. Pos. Prov., Ver. z. Bek. d. Tuberkulose als Volkskrankheit, Bromberg	1908	S.	T.	30	—	—	1.50	Dr. Scherer
Schlesien	27	Carlowitz	Carlowitz bei Breslau	Verein zur Fürsorge für unbemittelte Lungenkranke, E. V. in Breslau	1905	S.	T.	90	—	K.	1.00—1.40 einschl. Fahrkosten	Dr. E. Korn
„	28	Oswitz	Oswitz bei Breslau	desgl.	1906	S.	T.	—	120		1.00—1.40 einschl. Fahrk.	Dr. Steinberg
„	29	Walderholungsstätte b. Krampe	bei Grünberg	Verein Grünberger Walderholungsstätte, E. V.	1909	S.	T. N.	30		K.	1.80	Dr. Schirmer
„	30	Bunzlau	bei Bunzlau	Ortsausschuss B des Schles. Provinzialver. zur Bekämpf. d. Tuberkulose	1908	S.	T. N. für 8 Kranke	10	8	12	1.50 f. Tages-Patienten 2.00 f. Tag u. Nacht	Dr. Schreber
„	31	Görlitz	in der Punnerwitzer Waldparzelle bei Görlitz	Ortsausschuss Görlitz d. Schles. Prov.-Vereins	1909	S.	T.	—	50	—	0.80	Dr. Scholz

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA

Generated on 2019-12-14 17:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google

Schlesien	32	Oppeln	—	Ortsausschuss Oppeln d. Schles. Prov.-Vereins	1909	—	—	—	—	—	projektiert	
„	33	Glogischdorf	bei Glogau	Stadtgemeinde	1909	S.	T.	—	—	20	0.60 f. K. 1.60 f. Er.	San.-Rat Dr. Kramer
Sachsen	34	Möser	Möser bei Magdeburg	Vaterländ. Frauenverein f. Magdeburg u. Umgeg., Magdeburg	1905	S.	T.	84	—	—	0.80	Dr. H. Freytag
„	35	Fort II	Fort II bei Magdeburg	desgl.	1906	S.	T.	—	72		0.80	Dr. H. Freytag
„	36	Rogätz	Rogätz an der Elbe, Kreis Wolmirstedt	Vaterländ. Frauenverein für Stadt und Kreis Wolmirstedt	—	S.	T.	—	—	45	0.60	
„	37	Luisenheim, Märkisches Erholungsheim	im kgl. Forst Ferchau b. Kuhfelde (Altmark)	Luisen-Verein, Frauen-Hülfsverein, E. V. in Salzwedel	1900	S.	T. N.	—	20	20	2.50 f. Er. 1.50 f. K.	Kreisarzt Dr. Holtkopf
„	38	Heide	in der Dölauer Heide b. Nietleben-Halle	Vaterländ. Frauenverein für den Saalkreis	1903	S.	T.	110		—	0.80	
„	39	Halberstadt	Halberstadt	Zweigverein des Vaterl. Frauenvereins f. Stadt- u. Landkr. Halberstadt	1907	S.	T. N. für 4 Kranke	70		K.	0.75	
„	40	Halle a. S.	in der Dölauer Heide b. Dölau nahe Bahnhof, Heide	Vaterländ. Frauenverein f. d. Saalkr. Halle a. S.	1908	S.	T. N.	—	—	20	—	Dr. Fielitz
„	41	Naumburg	—	Verein zur Tuberkulosebekämpfung	1909	—	—	—	—	—	—	
Hannover	42	Vinnhorst	Vinnhorst	Vaterl. Frauenverein f. d. kgl. Haupt- u. Residenzstadt Hannover u. Umg.	1903	S.	T.	150	—	K.	Mittagessen 0,50, f. K. bis z. 6 Jahren 0,20, b. z. 10 Jahren 0,30	Dr. Bähr
„	43	Misburg	im kgl. Forst zw. Buchholz u. Misburg bei Hannover	desgl.	1905	S.	T.	—	150	150	Mittagessen 0.50, f. Kinder unter 10 Jahr. 0.30	Dr. Kreipe

Original from UNIVERSITY OF IOWA

Generated on 2019-12-14 17:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google

Provinz	Lauf. Nummer	Name der Anstalt	Nähere Bezeichnung der Lage	Eigentümer	Eröffnungsjahr	Nur Sommer- (S.) od. auch Winter- (W.) Betrieb	Nur Tages- (T.) od. auch Nacht- (N.) Betrieb	Wieviele Kranke werden aufgenommen: Männer	Frauen	Kinder	Tages-Pflegesatz	Leitender Arzt
Hannover	44	Stübeckshorn	Stübeckshorn bei Soltau	L.-V.-A. Hannover	—	S.	T.	—	—	—	—	
„	45	Schutzhütte für Genesende in der Haake	bei Harburg a. d. Elbe	Magistrat der Stadt Harburg	1903	S.	T. N. für 12 Kranke	50—60		—	Je nach Verpflegung	
Schleswig-Holstein	46	Sülldorf	in Sülldorf bei Blankenese	Vaterländ. Frauenverein Altona II	1906	S.	T. N. für 12 Kranke	150		—	2.50	Dr. Mordhorst
„	47	Viehburg	bei Kiel	Stadt Kiel	1907	S.	T. N. für 3 Kranke	—	100		Frauen 1.00 Kinder 0.85	Stadtarzt der Stadt Kiel
Westfalen	48	Walderholungsheim für bedürftige Kinder	Weidenau bei Siegen	Vaterländ. Frauenverein f. d. Kreis Siegen i. Siegen	1904	S.	T. N.	—	—	35	4 Wochen 25 M.	Dr. Burgmann
„	49	Kindererholungsstätte Wildeborn	bei Schwelm	Volksheilstättenverein im Kreise Schwelm	1905	S. W.	T. N.	—	—	24	1.20	Dr. Reischauer
Hessen-Nassau	50	Cassel I	Kragenhof bei Cassel	Verein z. Bekämpfung d. Schwindsuchtsgefahr in der Prov. Hessen-Nassau und dem Fürstentum Waldeck	1903	S.	T.	70	—	—	1.50 einschl. Eisenbahnfahrt	
„	51	Cassel II	desgl.	desgl.	1905	S.	T.	—	70	—	1.50	
„	52	Cassel III	desgl.	desgl.	1907	S.	T.	—	—	70	1.25 Schulunterr. wird erteilt	
„	53	Frankfurt a. M.	im Frankfurter Stadtwald	Walderholungsstättenverein (E. V.)	1902	S.	T.	130	130	K.	1.00—1.30	

Original from UNIVERSITY OF IOWA

Generated on 2019-12-14 17:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google

Hessen-Nassau	54	Chausseehaus bei Wiesbaden	Wiesbaden	Vaterländ. Frauenzweigverein Wiesbaden	1906	S.	T	50	—	—	1.25—1.50	
Rheinprovinz	55	M.-Gladbach	bei der Stadt M.-Gladbach	Stadt M.-Gladbach	1905	S. W.	T.	100	100	K.	1.00—2.00	Dr. Schäfer
„	56	Cöln	Rath, Kr. Mülheim a. Rh.	Stadt Cöln	1906	S.	T.	80	—	—	1.00—1.50	
„	57	Düsseldorf I	i. Aaper Walde bei Rath	L.-V.-A. Rheinprovinz in Düsseldorf	1903	S.	T.	70	—	—	2.00	
„	58	Düsseldorf II	desgl	desgl.	1906	S.	T.	—	50	—	2.00	
„	59	Düsseldorf III	—	Erben des verstorb. Kommerzienr. Ernst Feldhoff zu Langenburg	wird erst eröffnet	—	—	—	—	—	—	
„	60	Burgholz I	Burgholz bei Elberfeld	Rekonvaleszentenverein Elberfeld	1905	S.	T.	50	—	—	2.25	
„	61	Burgholz II	desgl.	desgl.	1906	S.	T.	—	50	—	2.25	
„	62	Aachen	bei Aachen	Armenverwaltung der Stadt Aachen	1908	S.	T.	50	—	—	1.50 u. 2.00 einschl. Fahrg.	Dr. Klinkenberg
„	63	Mülheim a. Rh.	Mülheim a. Rh.	Vaterländ. Frauenverein Mülheim a. Rh.	1908	S. W.	T N	—	—	30	—	
„	64	Hochbend bei Crefeld	Post Anrath bei Crefeld	Verein f. soz. Wohlfahrtseinrichtung Crefeld	1908	S.	T.	50	50	—	1.50 2.00	
„	65	Ohligs	bei Ohligs	Ortsgruppe Ohligs des Bergischen Vereins für Gemeinwohl	1908	—	—	—	—	15—20	—	
„	66	Stadtwald zu Jagenburg	bei Solingen	Stadt Solingen	wird erst eröffnet	—	—	—	—	—	—	
Königr. Bayern	67	Holzapfelkreuth	bei München	Verein zur Bekämpf. der Tuberkulose, München	1904	S.	T.	—	150	K.	Frauen 1.00, Kinder 0.70	Hofrat Dr. May
„	68	Josefine Abelsche Kindererholungsstätte in Holzapfelkreuth	desgl.	desgl.	1909	S.	T. N. für 18 Kranke	—	—	50	1.50 ganze Pension, 0.70 f. Tagespflegl. einschl. Bahnf.	Hofrat Dr. May
„	69	Walderholungsheim Frida, Schramm-Stift.	in Rückersdorf bei Nürnberg	Verein zur Bekämpf. der Tuberkulose, Nürnberg	1907	S.	T.	M.	300 Fr.	K.	1.50 einschl. Fahrkosten, Kind weniger	Dr. Frankenburger

Original from UNIVERSITY OF IOWA

Generated on 2019-12-14 17:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Provinz	Lauf. Nummer	Name der Anstalt	Nähere Bezeichnung der Lage	Eigentümer	Eröffnungsjahr	Nur Sommer- (S.) od. auch Winter- (W.) Betrieb	Nur Tages- (T.) od. auch Nacht- (N.) Betrieb	Wieviele Kranke werden aufgenommen			Tages- Pflegesatz	Leitender Arzt
								Männer	Frauen	Kinder		
Königr. Bayern	70	Fürther Stadtwald	bei Weiherhof	Bayr. Landeshilfsverein vom Roten Kreuz, Zweigverein in Fürth	1908	S., für W. vorges.	T.	50	50		1.50 einschl. Fahrgeld	Dr. Hammelbacher
„	71	Weissenburg	—	Verein zur Bekämpf. der Tuberkul., Weissenburg	—	—	—	—	—	—	—	
„	72	Aschaffenburg	—	Bayer. Frauenverein v. Rot Kreuz, Zweigverein Aschaffenburg	1909	—	—	—	—	—	—	
Königr. Sachsen	73	König Friedrich-August-Walderholungsstätte zu Chemnitz	Stadtflur Chemnitz am Steinwege im Crimmitschauer Wald	Verein zur Bekämpfung der Schwindsucht in Chemnitz u. Umgebung, E. V. Chemnitz	1906	S.	T.	50	50	30	1.60	Gerichtsarzt Dr. Hänsel
„	74	Freiberg	—	—	—	—	—	—	—	—	wird 1910 eröffnet	
„	75	Stötteritz I	Stötteritz bei Leipzig	Vereinigung z. Fürsorge für kranke Arbeiter, Leipzig	1901	S.	T.	60	—	—	1.30	Dr. Magnus, Leipz., Anger-Crottendorf, Zweimanndorf. Str. 3
„	76	Stötteritz II	desgl.	desgl.	1901	S.	T.	—	36	—	—	Medizinalrat Dr. Fickert
„	77	Marienberg	—	Medizinalrat Dr. Fickert, Kgl. Bezirksarzt	—	S.	T.	—	Fr.	—	—	
„	78	Zwickau	—	Albert-Zweigverein Zwickau	1910	S.	T.	15	15	—	—	
Grossherz. Baden	79	Ettlingen	im Hellberger Wald b. Ettlingen-Karlsruhe	Bad. Frauenverein Abt. V in Karlsruhe	1904	S.	T. N.	40	—	—	1.10 b. Tag u. 2.00 b. Nacht	
„	80	Manheim I	Waldhof bei Mannheim	Ortskrankenkasse Mannheim I	1907	S. W. 1909 versuchsweise	T. N.	20	—	—	1.50—2.00	Dr. Hubach

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA

Generated on 2019-12-14 17:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google

Grossherz. Baden	81	Mannheim II, Neckarau	bei Mannheim	Ortsausschuss zur Bekämpfung der Tuberkulose in Neckarau	1905	S.	T.	—	—	100		
Grossherz. Hessen	82	Lenzenhütte bei Darmstadt I	Lenzenhütte bei Rossdorf	Verein Walderholungsstätte Darmstadt, E. V.	1905	S.	T.	50	—	—	0.65, für Private 1.20	
„	83	Dieterschlag bei Darmstadt II	desgl.	desgl.	1905	S.	T.	—	50	—	0.65, für Private 1.20	
Sachsen-Weimar-Eisenach	84	Jena	im Münchenrodaergrund	Verein z. Bekämpf. der Lungentuberkul. i. Jena u. Wenigenjena, Jena	1908	S. W.	T.	30	—	—	Erweiter. f. 60 Pers. geplant 0.80	Prof. Dr. Lommel
Herzogt. Anhalt	85	Dessau	bei Dessau	Stadtgemeinde Dessau	1905	S. W. 20—25 Kranke	T.	20	20	K.	1—1.10, Nachtbetrieb ist geplant	Dr. Heise
Sachsen-Altenburg	86	Waldheilstätte	i. Kammerhorst, Treben bei Altenburg	Krankenkassen der Stadt Altenburg	1907	S.	T.	20	20	20	0.20, Mittagessen z. Selbstkostenpreis	
Sachsen-Meiningen	87	Sonneberg	—	Verband z. Gründung u. Erhaltung v. Walderholungsstätten Th. L. V. A.	1909	S.	T.	M.	—	K.	—	
Freie und Hansest. Bremen	88	Kattenturm I	bei Bremen	Verein zur Bekämpf. d. Tuberkulose in Bremen	1905	S.	T.	70	—	—	—	Dr. Strube
	89	Kattenturm II	desgl.	desgl.	1907	S.	T.	—	Fr.	—	—	Dr. Strube
Freie und Hansest. Lübeck	90	Walderholungsstätte Wesloe I	bei Lübeck	Vaterländ. Frauenverein v. Roten Kreuz, Abt. Erholungsstätten, Lübeck	1907	S.	T.	50	—	—	1.00	Dr. J. Meyer
„	91	Walderholungsstätte Wesloe II	desgl.	desgl.	1908	—	—	—	Fr.	K.	—	
„	92	Walderholungsstätte Wesloe III	desgl.	desgl.	1908	S.	T.	—	50		Kinder 0.60, Frauen 1.00	Dr. J. Meyer
Reichsl. Elsass-Lothring.	93	Strassburg I	bei Neuhof	Verein für Gesundheitspflege, Strassburg	1907	S.	T.	—	50	—	1.60	
	94	Strassburg II	desgl.	desgl.	1908	S.	T. N. für 20 Frauen	100	100	—	—	

Original from UNIVERSITY OF IOWA

Jahresberichte

oder briefliche Mitteilungen folgender Walderholungsstätten standen zur Verfügung:

1. Aachen: Stadtwald.
2. Berlin: Erholungsstätten vom Roten Kreuz, 1907.
3. Bremen: Kattenturm, 1906—1910.
4. Breslau: Carlowitz und Oswitz, 1905—1910.
5. Bromberg: Oplawitz, 1906—1909.
6. Cassel 1907, 1910.
7. Chemnitz 1906—1910.
8. Cöln: Königsforst, 1909.
9. Cottbus 1908, 1910.
10. Crefeld: Hochbend, 1909.
11. Danzig: Heubude.
12. Darmstadt 1910.
13. Dresden: Deuben und Trachenberge, 1906—1910.
14. Forst (Lausitz) 1909/10.
15. Glogau: Glogischdorf 1909/10.
16. Greifswald: Jeeser.
17. Halle a. S. 1909/10.
18. Hannover: Stübeckshorn, 1904/05.
19. Hannover: Vinnhorst und Misburg, 1903—1910.
20. Harburg: Schutzhütte in der Haake, 1910.
21. Jena und Wenigenjena 1909/10.
22. Karlsruhe: Ettlingen.
23. Kiel: Viehburg, 1908—1910.
24. Leipzig: Stötteritz, 1908, 1910
25. Lübeck: Wesloe, 1907—1910.
26. Magdeburg: Möser und Fort II, 1906—1910.
27. Mannheim I 1906—1910.
28. Mannheim II-Neckarau, 1909/10.
29. Mülheim-Rhein.
30. München-Holzapfelkreuth.
31. München-Gladbach 1909.
32. Nürnberg: Frida Schramm-Stiftung, 1906—1910.
33. Posen: Unterberg, 1904—1910.
34. Rixdorf 1904—1909.
35. Schöneberg 1904—1910.
36. Schwelm: Wildeborn.
37. Siegen 1907, 1909.
38. Solingen 1911.
39. Sonneberg 1908—1910.
40. Sülldorf 1910.
41. Strassburg 1908—1910.
42. Wiesbaden: Chausseehaus, 1906—1910.
43. Zwickau 1911.

Generated on 2019-12-14 17:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA

Sonstige Literatur.

1. Dietrich, Tuberkulose und Säuglingssterblichkeit (Tuberkulosis V, Nr. 8, 1910).
2. Feis, O., Die Bedeutung der Walderholungsstätten.
3. Grundsätze der Thüringischen Landes-Versicherungsanstalt für die Gewährung von Heilverfahren und Invalidenhauspflege.
4. Kaup, J., Betrachtungen über die Bekämpfung der Tuberkulose in einigen Ländern, namentlich in England, Frankreich, den Vereinigten Staaten, Norwegen, Schweden und Dänemark und ihre Nutzanwendung für Deutschland.
5. Köhler, Die Lungenheilstätten im Lichte der historischen Entwicklung der Tuberkulosebekämpfung (Tuberkulosis VIII, Nr. 8, 1909).
6. Krautwig, Die Walderholungsstätte der Stadt Cöln. (Naturwissenschaft und Gesundheitswesen in Cöln. Festschrift für die Teilnehmer an der 80. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte in Cöln.)
7. Lennhoff, R., Walderholungsstätten und Genesungsheime (Deutsche Vierteljahrsschrift f. öffentl. Gesundheitspflege, Bd. XXXIX, Heft 1).
8. Lennhoff und von Hülsen, Walderholungsstätten vom Roten Kreuz. Festschrift zum zehnjährigen Bestehen der Abteilung für Erholungsstätten des Volksheilstättenvereins vom „Roten Kreuz“ in Berlin.
9. Nietner, Der Stand der Tuberkulosebekämpfung im Frühjahr 1910.
10. — Der Stand der Tuberkulosebekämpfung im Frühjahr 1911.
11. — Zur Tuberkulosebekämpfung 1911. Verhandlungen des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose in der 15. Generalversammlung am 10. Juni 1911.
12. Pannwitz, Gesichtspunkte für den Bau und Betrieb einer Kinderheilstätte (Tuberkulosis VIII, Nr. 7, 1909).
13. Rabnow, Erholungsstätte Schöneberg bei Eichkamp (Tuberkulosis V, Nr. 6, 1906).
14. Rohardt, Über Nachtkuren in Walderholungsstätten (night-camps) (Tuberkulosis IX, Nr. 12, 1910).
15. Rosatzin, Jahresbericht der Fürsorgestellen für Lungenleidende in Hamburg, 1910.
16. Thiele, Gesundheitliche Bedeutung der Erholungsstätten (1. Beilage zum Chemnitzer Tageblatt und Anzeiger Nr. 217, pag. 6).
17. Vaterländischer Frauenverein Altona II: Errichtung und Entwicklung der Walderholungsstätte Sülldorf vom Roten Kreuz.
18. Schellenberg, Referat über „Walderholungsstätten und ihre volkshygienische Bedeutung“, von O. Feis-Frankfurt a M. (Ztschr. f. Tub. Bd. X, Nr. 5, 1907).
19. — Referat über „Walderholungsstätten für Mütter mit Säuglingen resp. für Säuglinge“ (Pankow-Niederschönhausen-Schönholz), von Dr. Rohardt-Pankow (Ztschr. f. Tub. X, Nr. 6, 1907).
20. Tuberkulose-Fürsorgeverfahren der Landesversicherungsanstalt Berlin im Jahre 1909.
21. Die Walderholungsstätten der Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz im Aaper-Walde bei Düsseldorf.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

IX. Jahresbericht der Heilstätte Holsterhausen bei Werden (Ruhr) 1910.

Von

Chefarzt Dr. F. Köhler.

Das Jahr 1910 verlief für den Betrieb der Anstalt in jeder Weise zufriedenstellend. Der Besuch war dauernd ein überaus reger, sowohl in der allgemeinen wie in der Privatabteilung. Besondere Störungen waren in keiner Weise zu verzeichnen. Das Projekt, die Heilstätte erheblich zu erweitern, wurde nach Möglichkeit gefördert, so dass begründete Hoffnung besteht, in absehbarer Zeit mit dem Bau zu beginnen. Die reichen Mittel, welche uns aus freiwilligen Zeichnungen zugeflossen sind, bestätigen die Auffassung, dass sich die Anstalt weitgehenden Interesses und zwar auch über die Ruhrkreise hinaus, erfreut, denn zahlreiche Gaben stammen aus westfälischen Bezirken, sowie aus Düsseldorf, Düren, Cöln.

Die allgemeine Preissteigerung in allen Lebens- und Gebrauchsmitteln machte sich in der Finanzierung recht unliebsam bemerkbar, besonders die Fleischpreise erreichten eine Höhe, wie nie zuvor und belasteten die Ausgaben ausserordentlich. Aus den Betriebsmitteln wurden sämtliche Kosten der Verpflegung, sämtliche Neuanlagen und Reparaturen bezahlt, so dass die Hauptkasse nicht herangezogen werden musste. An barem Zuschuss zur Verzinsung und Amortisation des ursprünglichen Darlehens konnten 3000 Mk. an selbige abgeführt werden.

Die Anstalt wurde in- und auswendig — letzteres, sofern Holzwerk zu berücksichtigen ist — seit dem Bestehen (1902) zum ersten Male einem gründlichen Neuanstrich unterzogen und bietet nunmehr wieder ein recht freundliches Bild. In den Anlagen wurde von den Kranken ein geschmackvolles Schutzhäuschen auf halber Höhe der Serpentinen angelegt, ferner wurden zahlreiche neue Bänke aufgestellt. Der von Heidhausen her kommende Zufahrweg wurde mit einer gediegenen Ziegelmehldecke überzogen. Die Reparatur der Birkenliegehalle, welche viel Arbeit und bedeutende Kosten verursachte, wurde vollendet.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Im April wurden für den Acker zwei kräftige Ochsen beschafft, welche den Sommer hindurch die Feldarbeit leisteten und Ende Dezember mit bedeutendem Nutzen wieder verkauft wurden, da den Winter hindurch vier Pferde im ganzen für Personenverkehr, Kohlenanfuhr und Lebensmittelzufuhr genügen. Die Schweinemast wurde, wie immer, fortgesetzt und erzielte günstige Ergebnisse, wenn wir auch einen Fall von Rotlauf zu verzeichnen hatten, durch welchen für mehrere Wochen Isolierungsmassregeln behördlich angeordnet wurden.

Die Erträgnisse der Ackerwirtschaft waren zufriedenstellend, die Obsternte liess zu wünschen übrig. Meist lassen schon die Patienten selbst das Obst nicht in Ruhe; genügende Absperrung aber würde infolge der erforderlichen Umzäunung grosse Mittel erfordern. Die Heuernte ergab aus dem ersten Schnitt: 279 Ztr. (1909: 235 Ztr.), aus dem zweiten: 115 Ztr. (1909: 174 Ztr.). An Hafer wurden 121 Ztr., an Haferstroh 250 Ztr., an Wintergerste 20 Ctr., Gerstenstroh 40 Ctr. geerntet.

Kartoffeln wurden nur wenig eingebracht, da der Anbau nicht recht rentabel sich gestaltet infolge der an zahlreiche Arbeitskräfte zu entrichtenden Löhne. Gemüse wurde in erfreulicher Menge und Güte für die Anstalt gewonnen und mit dem nach dem Kontrollbuche aufgewiesenen Gesamtwert von M. 3565.29 eingesetzt.

Die Leitung der Ökonomie sowie des Maschinenbetriebes verblieb in den gleichen bewährten Händen und wurde den Anforderungen voll gerecht.

Am 15. Oktober schied Herr Assistensarzt Dr. Carl Weihrauch nach zweijähriger Tätigkeit aus seiner Stellung aus, um in die Heilstätte Edmundstal bei Hamburg einzutreten. Er hat während seiner hiesigen Dienstzeit sich stets durch regen Pflichteifer und grosses Verständnis für die Bedürfnisse der Anstalt wie der Kranken ausgezeichnet. Am 7. November trat als Assistenzarzt Herr Dr. Kurt Piper aus Altona ein. Unserer Oberin, Frl. Berta Nötel, sowie sämtlichen Schwestern, der Sekretärin Frl. E. Henschel, spreche ich auch in diesem Jahre für ihre durchweg gewissenhafte und zuverlässige Arbeit meinen anerkennenden Dank aus.

An unterhaltenden Darbietungen haben wir zu verzeichnen:

Am 27. Januar: Kaisersgeburtstagsfeier.
„ 19. März: Geburtstagsfeier des Chefarztes.
„ 5. Mai: Konzert des Gesangvereins Duisburg-Meiderich.
„ 19. Juni: Konzert des Gesangvereins Arion, Düsseldorf.
„ 3. Juli: Musikalisch-deklamatorischer Unterhaltungsabend.
„ 14. Juli: Ausflug nach „Waldhaus“ im Essener Stadtwald.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Am 3. August: Rezitationsabend von Frl. Brandow vom Stadttheater in Halle.
„ 14. August: Besuch des Kriegervereins Wilhelm II., Düsseldorf.
„ 23. August: Musikalisch-deklamatorischer Unterhaltungsabend.
„ 26. August: Ausflug nach dem „Luftigen“ in Kettwig.
„ 29. September: Musikalisch-deklamatorischer Unterhaltungsabend.
„ 27. Oktober: Musikalisch-deklamatorischer Unterhaltungsabend.
„ 9. November: Ausflug nach „Waldhaus“.
„ 10. November: Musikalisch-deklamatorischer Unterhaltungsabend.
„ 30. November: Sozialmedizinischer Vortrag des Chefarztes, I. Teil.
„ 5. Dezember: Sozialmedizinischer Vortrag des Chefarztes, II. Teil.
„ 23. Dezember: Weihnachtsfeier und Bescherung.
„ 31. Dezember: Sylvesterfeier.

Tafelmusik zum Mittag fand statt am 15., 21., 30. Januar, 20. Februar, 7., 13. März, 3., 24. April, 5., 21., 28. Mai, 6. Juli, 20. August, 3. September, 20. Oktober, 6., 20. November und 18. Dezember.

Besonders hübsch verlief die Weihnachtsfeier am 23. Dezember, bei der durch die Freigebigkeit unserer Kreisvereine sowie die Liebenswürdigkeit des Herrn Geheimen Kommerzienrats Carl Funke-Essen es ermöglicht wurde, den Patienten einzeln hübsche Weihnachtsgeschenke, Taschentücher und Briefpapier nebst Backwerk, zu bescheren. Herr Pfarrer Greeven aus Werden hielt eine zu Herzen gehende Ansprache.

Wir blicken auf das Jahr 1910 mit grosser Befriedigung zurück und hoffen das Beste für die kommende Zeit, welche unseren Wunsch, die segensreich wirkende Anstalt, die nunmehr schon 4541 Kranken Aufnahme gewährt hat, zu vergrössern, erfüllen möchte! —

An wissenschaftlichen Arbeiten wurden aus der Heilstätte 1910 veröffentlicht:

F. Köhler, Über Dauererfolge bei Lungentuberkulose. Statistische Untersuchungen. Ztschr. f. Tuberkulose, Bd. XVI, Heft 1.
F. Köhler, Erfolgkontrollen bei Behandlung der Lungentuberkulose mit Serum Marmorek. Ztschr. f. Tuberkulose, Bd. XVI, Heft 6.
F. Köhler, Über Tuberkulinbehandlung. Therapie der Gegenwart, VIII, 1910.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

F. Köhler, Über die Beziehungen des Nervensystems zur Entstehung und Entwicklung der Lungentuberkulose. Vortrag, gehalten auf der internationalen Tuberkulosekonferenz 1909 zu Stockholm. Ztschr. f. ärztl. Fortbildung, No. 6.

F. Köhler, Die Lungentuberkulose des Proletariats. Sozialmedizinische und praktisch-soziale Untersuchungen. Preussische Jahrbücher, Bd. 139, Heft 1.

F. Köhler, Traumatische Krönig'sche Lungenspitzenschrumpfung. Medizin. Klinik No. 9.

F. Köhler, Akute traumatische Myokarditis. Ärztl. Sachverständigen-Ztg. No. 10.

F. Köhler, Kritische Beiträge zur Diagnose der Lungentuberkulose. Münchener mediz. Wochenschr. No. 35 und 36.

F. Köhler, Probleme und Ziele. Zeitschr. f. physikal. u. diätetische Therapie, Bd. XIV.

F. Köhler, Tuberkulose, III. Teil in Schreiber und Rigler, Jahresbericht über die Fortschritte der Inneren Medizin im In- und Ausland, begr. von W. Ebstein. Leipzig, Verlag Dr. Werner Klinkhardt.

K. Weihrauch, Ein Beitrag zur Behandlung mit Spenglers I. K. Beiträge zur Klinik der Tuberkulose, Bd. XVI, Heft 2.

Es wurden 1910 aufgenommen: 575, vom Jahre 1909 übernommen: 122, demnach verpflegt: 697. Entlassen wurden: 578, es blieb demnach am 31. Dezember ein Bestand von 119 Patienten.

Das fortlaufende Krankenbuch schloss mit No. 4541 (1909 mit No. 3966).

Die Zahl der Verpflegungstage betrug 1910: 44750 (1909: 44796), was einer Durchschnittsbelegung pro Tag von 122,6 entspricht. Die Zahl der von der Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz überwiesenen Kranken betrug einschliesslich der von Vermittlungsvereinen gesandten Kranken: 382. Die Zahl der Verpflegungstage dieser Versicherten betrug: 29714.

Die Gesamtausgaben stellten sich für die Kost pro Kopf und Tag, einschliesslich der Verpflegung der Angestellten, auf M. 1.92.

Kurdauer: Es verblieben in der Anstalt:

unter 6 Wochen	85	Kranke,
bis zu 60 Tagen	79	„
„ „ 75 „	77	„
„ „ 90 „	101	„
„ „ 105 „	189	„
Übertrag	531	Kranke,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

	Übertrag	531 Kranke,
bis zu 120 Tagen	18	„
„ „ 135 „	22	„
„ „ 180 „	6	„
darüber	1	„
	zusammen	578 Kranke.

Vorzeitig auf eigenen Wunsch wegen Heimweh, mangelhafter Familienunterstützung, unzureichender eigener Mittel oder sonstiger Familienverhältnisse wurden entlassen 50 Kranke. Aus disziplinaren Gründen mussten die Kur vorzeitig abbrechen 13, meist wegen unerlaubten Wirtshausbesuches und Trunkenheit, eigenmächtigen Urlaubs oder wegen grober Verstösse gegen die Kur- und Hausordnung.

Als ungeeignet bald nach der Aufnahme wurden 16 Kranke entlassen. Gestorben ist 1 Kranker. Zur Beobachtung wurden 2 Kranke aufgenommen.

Stadieneinteilung: Es lag vor nach dem durch die Internationale Vereinigung gegen die Tuberkulose festgelegten Schema (Turban-Gerhardt):

I. Stadium	rechtsseitig	51 mal,
I. „	linksseitig	18 mal,
I. „	beiderseitig	206 mal,
II. „	rechtsseitig	34 mal,
II. „	linksseitig	18 mal,
II. „	beiderseitig	81 mal.
III. „	ein- oder beiderseitig . .	36 mal,
gleichzeitig I. auf der einen, II. auf der anderen Seite		111 mal,
keine Tuberkulose		23 mal,
	zusammen	578 Kranke.

Zur Diagnose wurde die subkutane Tuberkulinreaktion mit AT. Koch herangezogen.

Erfolge: Für die Beurteilung des Erfolges der Kur kommen unter Berücksichtigung der Kurdauer 480 Tuberkulöse in Betracht.

Mit Erfolg I soll gekennzeichnet sein, dass am Ende der Kur alle oder nahezu alle verdächtigen Geräusche und Atmungsabweichungen von der Norm beseitigt schienen und auch der Gesamtzustand eine ausserordentliche Besserung aufwies. Der Ausdruck Heilung ist aus wissenschaftlichen Gründen bei der Lungentuberkulose zu vermeiden.

Erfolg I, sehr guter Erfolg, lag vor bei . 103 Kranken = 21,5 % (1909: 24,6 %),

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Erfolg II, guter Erfolg, lag vor bei . . .	250 Kranken	= 52,1 %	(1909: 53,1 %),
Erfolg III, geringer Erfolg, lag vor bei .	89 „	= 18,5 %	(1909: 15,6 %),
Erfolg IV, kein Erfolg bzw. Verschlimmerung bei	37 „	= 7,7 %	(1909: 6,6 %),
Tod bei	1 „	= 0,2 %	(1909: 0,1 %),
	zusammen 480 Kranke	= 100 %.	

Demnach standen 73,6 % (1909: 77,7 %) gute Erfolge — 26,4 % (1909: 22,3 % geringen oder ausgebliebenen Erfolgen gegenüber.

Therapeutisch wurde das Alttuberkulin Koch, Bazillenemulsion Koch, Tuberkulin Calmette in geeigneten Fällen herangezogen, in sehr wenigen Fällen das Phthysoremid Krause und das Anguifragin Klebs. Über die Ergebnisse wird in den Spezialzeitschriften berichtet werden. In gewissen Fällen wurde durch die spezifische Behandlung eine günstige Einwirkung beobachtet, häufig blieb ein deutlicher Erfolg aus, so dass die Zuverlässigkeit der spezifischen Mittel doch noch recht zu wünschen übrig lässt.

Ausgiebig wurde von Fichtennadel-, Calmus- und kohlensauren Bädern Gebrauch gemacht, die insbesondere bei nervösen Patienten eine gut unterstützende, beruhigende Wirkung ausüben. Kräftigungsmittel, wie Malzextrakt, Nutrisan, Eisenpräparate, wurden bei stark zurückgekommenen Kranken mit Erfolg verwandt.

Als Expektorans bewährte sich sehr gut die Anwendung der Dampfdusche (Lissauer) und die Jodglidine (von Volkmar Klopfer, Dresden-Leubnitz), weniger zuverlässig erscheint das Projodin. Im übrigen werden als Hustenmittel, wenn erforderlich, besonders gern Dionin, Perubalsam und eine Liq. Ammonii-Mixtur verwandt.

Gewichtszunahme: 98 Kranke scheiden aus, so dass 480 Kranke beurteilt werden können.

Es nahmen zu: über 18 kg	3	Kranke,
bis 18 „	3	„
bis 16 „	1	Kranker,
11—14 „	58	Kranke,
9 und 10 kg	82	„
7 und 8 kg	91	„
4—6 kg	177	„
1—3 „	53	„
ohne Zunahme blieben .	4	„
Abnahme zeigten . . .	8	„
im ganzen	480	Kranke.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Auswurf und Tuberkelbazillen: Von den insgesamt 556 Tuberkulösen hatten 116 = 20,9 % keinen Auswurf. Von den restierenden 440 hatten im ganzen 130 Tuberkelbazillen = 29,5 %. Von diesen 130 verloren 13 den Auswurf völlig, bei 19 war bei der Entlassung kein Tuberkelbazillenbefund zu erheben, bei 96 waren bei der Entlassung (die Fälle mit kürzester Kurdauer und die ungeeigneten schwereren Fälle eingerechnet) noch Tuberkelbazillen vorhanden. Im ganzen verloren bis zur Entlassung 114 den Auswurf. Zwei hatten bei der Aufnahme keine, aber bei der Entlassung Tuberkelbazillen.

Alter der Kranken. Es standen im Alter von

13—20 Jahren	89	Kranke,
21—30 „	226	„
31—40 „	185	„
41—50 „	72	„
über 50 „	6	„
zusammen	578	Kranke.

Konfession der Kranken. Es gehörten an:

der katholischen Religion	345	Kranke,
„ evangelischen „	230	„
„ mosaischen „	1	„
zu den Dissidenten	2	„
zusammen	578	Kranke.

Beruf der Kranken.

Musikdirektor 1	Techniker und Mechaniker 10	Postboten 21
Ingenieur 1	Bäcker 2	Kutscher 10
Architekt 1	Sattler 10	Hausdiener u. Boten 6
Kaufleute und Bürobeamte 64	Schneider 5	Gemüsehändler 2
Rentner 1	Schuhmacher 8	Küfer 1
Student 1	Metzger 3	Dachdecker 1
Lehrer 4	Klempner 2	Töpfer 1
Bierbrauer 1	Stuckateure 6	Gärtner 5
Kapitän 1	Monteur 1	Mälzer 1
Wirte 5	Polizeibeamte 2	Müller 1
Landwirte 7	Strassenbahnschaffn. 4	Weber 27
Graveur 1	Werkmeister 13	Schmiede 11
Schüler 1	Anstreicher 12	Lageristen 17
Konditoren 2	Schriftsetzer u. Buchbinder 8	Zigarrenmacher 7
Koch 1		Bergleute 43
		Schleifer 16

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Gerber 3	Dreher 16	Wächter 2
Friseure 2	Heizer 6	Tagelöhner 8
Maurer 10	Hilfsarbeiter 39	Eisenarbeiter 19
Bandwirker 4	Färber 13	aus verschied. Fabrikbetrieben 32
Krahnenführer 4	Korbmacher 1	zus. 578 Kranke.
Schlosser 38	Knecht 1	
Schreiner 28	Schornsteinfeger 1	

Übersicht zur Frequenz der Heilstätte Holsterhausen.

		1903	1904	1905	1906	1907	1908	1909	1910
Zahl	der Patienten der Landesversicherungsanstalt . . .	322	418	402	418	392	458	474	382
	der Nichtversicherten	69	91	115	139	137	132	155	196
	der Kostenträger ausser der Landesversicherungsanstalt	49	62	79	99	100	91	122	140
	speziell der Selbstzahler	33	41	52	66	73	66	91	102
	speziell der Privatpatienten	—	22	25	40	36	40	51	54
Verpflegungstage	insgesamt . .	34922	40187	43370	42471	43304	44680	44796	44750
	der Versicherungspatienten	—	28261	34937	31186	32808	34948	34003	29714
	der Nichtversicherten	—	11926	8433	11285	10596	9732	10793	15036
	speziell der Privatpatienten	—	1845	2034	2828	2229	3148	3406	3487

Herkunftsorte.

Aachen 2	Balve 1	Bottrop 1	Buchholz 1
Allendorf 1	Barmen 5	Blombach 1	Buer 1
Altendorf 1	Bedburg 1	Bocholt 1	Castrop 1
Altenessen 2	Bensberg 1	Bommern 1	Cleve 2
Anrath 1	Bergerhausen 1	Bliersheim 1	Cöln 41
Asperaden 1	Bergheim 2	Bredeney 4	Cronach i. B. 1
Atrop 1	B.-Gladbach 1	Brauck 1	Deutz 1
Balkhausen 1	Bochum 3	Bruckhausen 3	Dinslaken 2

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Dortmund 1
Duisburg 26
Düren 1
Dümpten 1
Düsseldorf 44
Düren 1
Eggerscheid 1
Elberfeld 9
Elten 1
Emmerich 2
Eppinghoven 1
Ering 1
Essen 27
Eupen 1
Essenberg 3
Erle 1
Fischeln 3
Fischlaken 1
Flittard 1
Fraisenbruch 1
Friemersheim 3
Frintrop 1
Fulerum 1
Fürvels 1
Frechen 2
Geldern 3
Gelsenkirchen 7
Gerresheim 1
Gevelsberg 2
Giesenkirchen 2
Gladbeck 1
Goch 4
Grevenbroich 1
Günnigfeld 1
Habinghorst 1
Hagen 1
Haltern 1
Hamburg 1
Hamborn 5
Helenabrunn 2
Heissen 1
Hilden 1
Hochdahl 1
Hochheide 3
Homberg 8
Hochemmerich 2
Hohlweide 1
Huckingen 1
Hüblingen 1
Hückeswagen 1
Hünxe 1
Isselburg 3
Kaldenhausen 1
Kempen 1
Kerpen 2
Kettwig 4
Kevelaer 1
Königskamp 1
Königssteele 1
Kray 1
Krefeld 30
Kupferdreh 1
Langenberg 1
Langerfeld 1
Lauenburg 1
Lennep 1
Lobberich 1
Lüttelforst 1
Marxloh 4
Mengede 1
M.-Gladbach 29
Mintard 1
Meerbeck 3
Mörs 13
Mülfort 3
Mülheim Rhein 7
Mülheim Ruhr 15
Neuluisendorf 1
Neumühl 1
Neuss 1
Neuwerk 5
Neviges 1
Niederlahnstein 1
Oberhausen 2
Obermarxloh 1
Odenkirchen 1
Opladen 1
Orsoy 1
Ostacker 1
Osterfeld 5
Östrum 1
Ohligs 4
Pelden 1
Pfalzdorf 1
Radevormwald 2
Ratingen 1
Recklinghausen 1
Rees 1
Rheydt 16
Remscheid 23
Repelen 1
Rehringhausen 1
Reisholz 1
Rheinberg 1
Richrath 1
Ronsdorf 3
Rumeln 1
Schermbeck 1
Schmachtendorf 1
Schlebusch 1
Schonnebeck 1
Schwafheim 1
Solingen 17
Sterkrade 5
Stolberg 2
Strümp 2
Süchteln 3
St. Tönis 1
Traar 1
Uedem 1
Überruhr 1
Ürdingen 4
Üttelsheim 1
Velbert 12
Vennhausen 1
Valls 1
Vörde 1
Viersen 7
Wald 6
Wanne 1
Warstein 1
Werden 1
Wermelskirchen 1
Wesel 2
Westen 1
Wiesbaden 1
Wiescherhöfen 1
Wickrath 2
Winkhausen 1
Wiesdorf 3
Worringen 1
Wülfrath 1
Xanten 3

zusammen 578
aus 175 Orten

Kostenübernahme.

Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz 293.
teils dieselbe, teils eigene Zahlung 2.
Selbstzahler 102.
Verein zur Verpflegung Genesender Cöln 59.
Verein zur Fürsorge für kranke Arbeiter Remscheid 22.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Düsseldorfer Verein für Gemeinwohl 2.
Barmer Verein für Gemeinwohl 2.
Solinger Verein für Gemeinwohl 10.
Nevigeser Verein für Gemeinwohl 1.
Wülfrather Verein für Gemeinwohl 1.
Gewerkschaft Deutscher Kaiser 8.
Allgemeiner Knappschaftverein Bochum 24.
Armenverwaltung Essen 14.
„ Mülheim-Ruhr 5.
„ Hilden 1.
„ Duisburg 1.
„ Goch 3.
„ Mintard 1.
„ Oberhausen 1.
„ Bredeney 1.
„ Angermund 1.
„ Kettwig 1.
„ Kupferdreh 1.
Rheinische landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft 1.
Nahrungsmittelindustrie-Berufsgenossenschaft Mannheim 1.
Norddeutsche Holz-Berufsgenossenschaft Sekt. IX Cöln 3.
Berufsgenossenschaft der chemischen Industrie Sekt. IV Cöln 1.
Lederindustrie-Berufsgenossenschaft Sekt. V Mülheim-Ruhr 1.
Zucker-Berufsgenossenschaft Berlin 1.
Westdeutsche Binnenschiffahrts-Berufsgenossenschaft Duisburg 1.
Lagerei-Berufsgenossenschaft Sekt. VI Mainz 1.
Maschinen- und Kleineisenindustrie-Berufsgenossenschaft Sekt. V Remscheid 1.
Ortskrankenkasse Düsseldorf 1.
„ Solingen 3.
„ Cleve 1.
Zentralkrankenkasse für Tapezierer Düsseldorf 1.
Herr Schiffsrheder Schürmann Duisburg-Ruhrort 1.
Fabrikkrankenkasse C. A. Köttgen, Krefeld 1.
„ vorm. Bechum & Keetman, Duisburg 1.
„ Westdeutsches Eisenwerk A. G. Kray 1.
„ William Prym, Stolberg-Aachen 1.

zusammen 578.

An sonstigen Erkrankungen wurden beobachtet:

Angeborene Hüftgelenksluxation 1	Bronchiektasieen 2	Coxitis tubuculosa 1
Alopecia areata 1	Benigner Kehlkopftumor 1	Cystitis purulenta 1
Altersdemenz 1	Chron. Ikterus 1	Darmtuberkulose 3
		Elefantiasis 1

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Ekzema squamosum 1	Lichen ruber planus 3	Traumatische Rippenfraktur 1
Ektasia ventriculi 1	Lupus 1	
Epilepsie 1	Mastdarmfistel 1	Traumatische Neurasthenie 2
Fingerluxation 1	Melancholie 1	Typhus abdominalis 1
Gangränöse Tonsillitis 1	Nierentuberkulose 1	Trachomrecidiv 1
	Neurasthenie 15	Traumat. Lungenriss 1
Herzneurose 1	Orchitis tuberculosa 1	Tuberkulöser Abszess 1
Herpes tousurans 1	Oberarmfraktur 1	
Herzerweiterung 2	Pneumothorax 1	Tuberkulöser Gelenkrheumatismus 1
Knochentuberkulose 3	Perniciöse Anaemie 1	
Kniegelenktuberkulose 1	Pleuritis 8	Ulcus ventrikuli 2
	Syphilis 1	Vitium cordis 1
Lungenstichverletz. 1	Schwere Blutarmut 4	
Lebercirrhose 1	Skabies 2	

Wegen Nasenkrankheiten wurden 2, wegen Ohrenkrankheiten 5, wegen Kehlkopfkrankheiten (meist tuberkulöser Natur) 10 behandelt.

Statistik der Dauererfolge.

Die in der Heilstätte behandelten Tuberkulösen werden jeweils zwei Jahre nach der Entlassung hier kostenlos untersucht oder durch Fragekarten kontrolliert, so dass wir dieses Jahr in der Lage sind, Rechenschaft zu geben über die Arbeitsfähigkeit der im Jahre 1902 (Juli bis Dezember) Behandelten im Jahre 1904, 1906, 1908, 1910, also die Verhältnisse der Kranken nach zwei, vier, sechs und acht Jahren ihrer Behandlung übersehen können.

Die Kranken des Jahres 1904 sind in 1906, 1908 und 1910 kontrolliert. Wir referieren also über die Verhältnisse nach zwei, vier und sechs Jahren.

Die Kranken des Jahres 1906 sind in 1908 und 1910 kontrolliert, die des Jahres 1908 in 1910. Die Tabellen geben die Resultate in übersichtlicher Form wieder. Es sind zusammenfassende Tabellen wiederum angefügt, so dass wir an einem grossen Materiale Durchschnittszahlen für die Ergebnisse nach zwei, vier, sechs und acht Jahren gewinnen.

Generated on 2019-12-14 17:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA

Tabelle 1.

Jahrgang 1908.

Tuberkulosefälle 573.

Kontrolle unmöglich bei 21 Fällen.

Somit 552 Kontrollen nach zwei Jahren.

Davon entfallen auf durchgeführte Kuren: **466,**

auf vorzeitig abgebrochene Kuren: **86.**

Es haben	bei Erfolgnote				Summa	bei vorzeitiger Entlassung	bei sofortiger Ungeeignetheit	Summa
	I	II	III	IV				
ständig gearbeitet	43	95	17	2	157=**33,7%**	12	—	12=**13,9%**
mit kurzer Unterbrechung ständig gearbeitet	20	99	14	—	133=**28,5%**	11	1	12=**13,9%**
mit mehrfachen Unterbrechungen gearbeitet	12	63	8	5	88=**18,9%**	19	--	19=**22,1%**
nicht mehr gearbeitet	1	13	7	5	26=**5,6%**	3	3	6=**7,0%**
nicht mehr gelebt	—	18	23	21	62=**13,3%**	8	29	37=**43,1%**

Nach Tabelle 1 wurden von 573 Tuberkulosefällen der Heilstätte aus dem Jahre 1908: **552** kontrolliert, 21 Fälle blieben unbekannt. Es entfallen von diesen 552 Kontrollen:

466 auf durchgeführte Kuren,

86 auf vorzeitig abgebrochene Kuren.

Nach durchgeführter Kur haben ständig gearbeitet: 33,7%,
mit kurzer Unterbrechung ständig gearbeitet: 28,5%, } somit **voll arbeitsfähig 62,2%;**
mit mehrfachen Unterbrechungen gearbeitet: 18,9% = **teilweise arbeitsfähig: 18,9%,**
nicht mehr gearbeitet: 5,6% = **arbeitsunfähig: 5,6%,**
nicht mehr gelebt 13,3% = **gestorben: 13,3%.**

Bei vorzeitig abgebrochener Kur und sofortiger Entlassung entfallen auf die, welche
ständig gearbeitet: 13,9%,
mit kurzer Unterbrechung ständig gearbeitet: 13 9%,
mit mehrfachen Unterbrechungen gearbeitet: 22,1%,
nicht mehr gearbeitet: 7%,
nicht mehr gelebt haben: 43,1%.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Generated on 2019-12-14 17:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google

Tabelle 2. Gesamtübersicht der jeweils zweijährigen Kontrolle.

1902—04; 1903—05; 1904—06; 1905—07; 1906—1908; 1907—1909; 1908—10.

Tuberkulosefälle: 3102; unbekannt blieben: 78 = 2,5 %, somit **3024 Kontrollen nach zwei Jahren.**

Davon entfallen auf durchgeführte Kuren: **2585,** auf vorzeitig abgebrochene Kuren: **439.**

Es haben	Bei Gesamtzahl der Behandelten	Bei Entlassungserfolg I	II	III	IV	Summa der durchgeführten Kuren	Bei vorzeitiger Entlassung	Bei sofortiger Ungeeignetheit	Summa der abgebrochenen Kuren
		1902: 20 1903: 72 1904: 112 1905: 73 1906: 81 1907: 86 1908: 76	1902: 42 1903: 165 1904: 201 1905: 256 1906: 236 1907: 257 1908: 288	1902: 9 1903: 51 1904: 80 1905: 74 1906: 85 1907: 77 1908: 69	1902: 4 1903: 34 1904: 19 1905: 20 1906: 34 1907: 31 1908: 33		1902: 6 1903: 18 1904: 31 1905: 43 1906: 64 1907: 53 1908: 53	1902: 8 1903: 13 1904: 28 1905: 28 1906: 38 1907: 34 1908: 33	
ständig gearbeitet	1902: 89	16	24	4	—	44	1	—	1
	1903: 353	36	82	9	—	127	6	—	6
	1904: 471	68	94	13	2	177	8	—	8
	1905: 483	53	118	18	—	189	17	1	18
	1906: 538	38	124	26	1	189	21	—	21
	1907: 538	37	93	19	1	150	15	2	17
	1908: 552	43	95	17	2	157	12	—	12
Summa	3024	291	630	106	6	**1033=39,8 %**	80	3	**83=18,9 %**
mit kurzer Unterbrechung ständig gearbeitet	1902: 89	1	7	1	—	9	—	—	—
	1903: 353	15	26	6	1	48	2	—	2
	1904: 471	19	53	9	—	81	5	—	5
	1905: 483	6	51	9	—	66	11	2	13
	1906: 538	21	50	17	2	90	17	2	19
	1907: 538	38	84	14	1	137	11	—	11
	1908: 552	20	99	14	—	133	11	1	12
Summa	3024	120	370	70	4	**564=21,9 %**	57	5	**62=14,1 %**

Original from UNIVERSITY OF IOWA

Generated on 2019-12-14 17:52 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google

mit mehrfachen Unterbrechungen gearbeitet	1902: 89	2	7	2	—	11	4	1	5
	1903: 353	16	30	11	2	59	5	1	6
	1904: 471	17	28	18	1	64	14	—	14
	1905: 483	12	59	12	1	84	6	—	6
	1906: 538	17	41	12	4	74	13	2	15
	1907: 538	7	49	12	2	70	10	2	12
	1908: 552	12	63	8	5	88	19	—	19
Summa	3024	83	277	75	15	**450=17,5 %**	71	6	**77=17,5 %**
nicht mehr gearbeitet	1902: 89	—	3	—	—	3	—	2	2
	1903: 353	3	12	11	10	36	2	1	3
	1904: 471	5	11	7	1	24	—	1	1
	1905: 483	2	13	7	4	26	3	1	4
	1906: 538	1	12	14	4	31	3	6	9
	1907: 538	2	16	7	1	26	6	3	9
	1908: 552	1	13	7	5	26	3	3	6
Summa	3024	14	80	53	25	**172=6,6 %**	17	17	**34=7,8 %**
nicht mehr gelebt	1902: 89	1	1	2	4	8	1	5	6
	1903: 353	2	15	14	21	52	3	11	14
	1904: 471	3	15	33	15	66	4	27	31
	1905: 483	—	15	28	15	58	6	13	19
	1906: 538	4	9	16	23	52	10	28	38
	1907: 538	2	15	25	26	68	11	27	38
	1908: 552	—	18	23	21	62	8	29	37
Summa	3024	12	88	141	125	**366=14,2 %**	43	140	**183=41,7 %**
					Generalsummen	**2585**			**439**

Original from UNIVERSITY OF IOWA

Tabelle 2 bringt die Zusammenfassung mit den bisherigen Feststellungen des Arbeitsverhältnisses nach **zwei Jahren** und berichtet über **3024 Kontrollen.**

(Tuberkulosefälle: 3102, unbekannt blieben 78 = 2,5 %.)

Davon entfallen:

2585 auf **durchgeführte Kuren,**

439 auf **vorzeitig abgebrochene Kuren.**

Nach durchgeführter Kur haben ständig gearbeitet: 39,8 %,
mit kurzer Unterbrechung ständig gearbeitet: 21,9 %,
} somit **vollarbeitsfähig 61,7 %;**

mit mehrfachen Unterbrechungen gearbeitet: **17,5 %** = **teilweise arbeitsfähig,**
nicht mehr gearbeitet: **6,6 %** = **arbeitsunfähig,**
nicht mehr gelebt: **14,2 %** = **gestorben.**

Bei vorzeitig abgebrochener Kur und sofortiger Entlassung entfallen auf die, welche
ständig gearbeitet: 18,9 %,
mit kurzer Unterbrechung ständig gearbeitet: 14,1 %,
mit mehrfachen Unterbrechungen gearbeitet: 17,5 %,
nicht mehr gearbeitet: 7,8 %,
nicht mehr gelebt haben: 41,7 %.

Tabelle 3.

Jahrgang 1906.

Tuberkulosefälle: 548.
Kontrolle unmöglich bei 27 Fällen.
Somit **521 Kontrollen nach vier Jahren.**
Davon entfallen auf durchgeführte Kuren: **425,**
auf vorzeitig abgebrochene Kuren: **96.**

Es haben	bei Erfolgnote I	II	III	IV	Summa	bei vorzeitiger Entlassung	bei sofortiger Ungeeignetheit	Summa
ständig gearbeitet	27	98	13	3	141=**33,2 %**	16	1	17=**17,7 %**
mit kurzer Unterbrechung ständig gearbeitet	27	67	17	—	111=**26,1 %**	13	1	14=**14,6 %**
mit mehrfachen Unterbrechungen gearbeitet	14	42	18	2	76=**17,9 %**	10	1	11=**11,4 %**
nicht mehr gearbeitet	4	11	6	2	23=**5,4 %**	5	4	9=**9,4 %**
nicht mehr gelebt .	5	16	27	26	74=**17,4 %**	14	31	45=**46,9 %**

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Nach Tabelle 3 wurden von 548 Tuberkulosefällen der Heilstätte aus dem Jahre 1906: **521** kontrolliert. 27 Fälle blieben unbekannt. Es entfallen von diesen 521 Kontrollen:

425 auf **durchgeführte Kuren,**
96 auf **vorzeitig abgebrochene Kuren.**

Nach durchgeführter Kur haben ständig gearbeitet: 33,2% (seit 1908),
mit kurzer Unterbrechung ständig gearbeitet: 26,1% (seit 1908),
} somit **voll arbeitsfähig 59,3%;**

mit mehrfachen Unterbrechungen gearbeitet 17,9% (seit 1908) = **teilweise arbeitsfähig: 17,9%,**
nicht mehr gearbeitet: 5,4% (seit 1908) = **arbeitsunfähig** 5,4%,
nicht mehr gelebt: 17,4% (seit 1906) = **gestorben: 17,4%.**

Bei vorzeitig abgebrochener Kur und sofortiger Entlassung entfallen auf die, welche
ständig gearbeitet: 17,7%,
mit kurzer Unterbrechung ständig gearbeitet: 14,6%,
mit mehrfachen Unterbrechungen gearbeit: 11,4%,
nicht mehr gearbeitet: 9,4%,
nicht mehr gelebt haben: 46,9%.

Tabelle 4 bringt die Zusammenfassung mit den bisherigen Feststellungen des Arbeitsverhältnisses nach **vier Jahren** und berichtet über **1891 Kontrollen.**

(Tuberkulosefälle: 1983, unbekannt blieben: 92 = 4,6%.)
Davon entfallen:

1637 auf **durchgeführte Kuren,**
254 auf **vorzeitig abgebrochene Kuren.**

Nach durchgeführter Kur haben ständig gearbeitet: 34,8%,
mit kurzer Unterbrechung ständig gearbeitet: 21,5%,
} somit **voll arbeitsfähig 56,3%;**

mit mehrfachen Unterbrechungen gearbeitet: **15,8%,** = **teilweise arbeitsfähig,**
nicht mehr gearbeitet: **6%,** = **arbeitsunfähig,**
nicht mehr gelebt: **21,9%** = **gestorben.**

Bei vorzeitig abgebrochener Kur und sofortiger Entlassung entfallen auf die, welche
ständig gearbeitet: 13,8%,
mit kurzer Unterbrechung ständig gearbeitet: 12,2%,
mit mehrfachen Unterbrechungen gearbeitet: 14,2%,
nicht mehr gearbeitet: 9,8%,
nicht mehr gelebt haben: 50%.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Generated on 2019-12-14 17:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google

Tabelle 4. Gesamtübersicht der Ergebnisse 4 Jahre nach der Kur

laut Feststellung der letzten 2 Jahr-Kontrolle: 1902—06; 1903—07; 1904—08; 1905—09; 1906—10.

Tuberkulosefälle: 1983; unbekannt blieben: 92 =4,6 %, somit **1891 Kontrollen nach 4 Jahren.**

Davon entfallen auf durchgeführte Kuren: **1637,**

auf vorzeitig abgebrochene Kuren: **254.**

Es haben	Bei Gesamtzahl der Behandelten	Bei Entlassungserfolg I	II	III	IV	Summa der durchgeführten Kuren	Bei vorzeitiger Entlassung	Bei sofort. Ungeeignetheit	Summa der abgebrochenen Kuren
		1902: 21 1903: 65 1904: 108 1905: 43 1906: 77	1902: 39 1903: 150 1904: 201 1905: 92 1906: 234	1902: 9 1903: 44 1904: 87 1905: 15 1906: 81	1902: 4 1903: 33 1904: 20 1905: 1 1906: 33		1902: 7 1903: 20 1904: 22 1905: 45 1906: 58	1902: 7 1803: 13 1904: 29 1905: 15 1906: 38	
ständig gearbeitet	1902: 87	15	23	5	—	43	1	—	1
	1903: 325	32	55	4	1	92	2	—	2
	1904: 467	39	88	16	—	143	8	—	8
	1905: 491	43	92	15	1	151	7	—	7
	1906: 521	27	98	13	3	141	16	1	17
Summa	1891	156	356	53	5	**570=34,8 %**	34	1	**35=13,8 %**
mit kurzen Unterbrechungen ständig gearbeitet	1902: 87	3	5	2	—	10	2	—	2
	1903: 325	14	32	5	—	51	3	—	3
	1904: 467	32	38	8	1	79	2	—	2
	1905: 491	16	71	14	—	101	10	—	10
	1906: 521	27	67	17	—	111	13	1	14
Summa	1891	92	213	46	1	**352=21,5 %**	30	1	**31=12,2 %**

Original from UNIVERSITY OF IOWA

Generated on 2019-12-14 17:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google

mit mehrfachen Unterbrechungen gearbeitet	1902: 87	1	7	—	—	8	1	1	2
	1903: 325	9	25	5	2	41	4	1	5
	1904: 467	20	27	14	1	62	4	—	4
	1905: 491	9	49	13	—	71	14	—	14
	1906: 521	14	42	18	2	76	10	1	11
Summa	1891	53	150	50	5	**258=15,8%**	33	3	**36=14,2%**
nicht mehr gearbeitet	1902: 87	1	2	—	—	3	—	1	1
	1903: 325	3	10	6	5	24	2	—	2
	1904: 467	5	13	8	2	28	3	2	5
	1905: 491	2	13	3	3	21	6	2	8
	1906: 521	4	11	6	2	23	5	4	9
Summa	1891	15	49	23	12	**99=6%**	16	9	**25=9,8%**
nicht mehr gelebt	1902: 87	1	2	2	4	9	3	5	8
	1903: 325	7	28	24	25	84	9	12	21
	1904: 467	12	35	41	16	104	5	27	32
	1905: 491	4	33	34	16	87	8	13	21
	1906: 521	5	16	27	26	74	14	31	45
Summa	1891	29	114	128	87	**358=21,9%**	39	88	**127=50%**
					Generalsumme	**1637**	—	—	**254**

Original from UNIVERSITY OF IOWA

Tabelle 5.
Jahrgang 1904.
Tuberkulosefälle: 482.
Kontrolle unmöglich bei 27 Fällen.
Somit **455 Kontrollen nach sechs Jahren.**
Davon entfallen auf durchgeführte Kuren: **404,**
auf vorzeitig abgebrochene Kuren: **51.**

Es haben	bei Erfolgnote				Summa	bei vorzeitiger Entlassung	bei sofortiger Ungeeignetheit	Summa
	I	II	III	IV				
ständig gearbeitet	50	78	10	1	139=**34,4%**	4	—	4=**7,8%**
mit kurzer Unterbrechung ständig gearbeitet	20	38	7	—	65=**16,1%**	—	—	—
mit mehrfachen Unterbrechungen gearbeitet	18	23	10	1	52=**12,9%**	8	—	8=**15,7%**
nicht mehr gearbeitet	7	14	8	1	30=**7,4%**	2	1	3=**5,9%**
nicht mehr gelebt	14	40	48	16	118=**29,2%**	8	28	36=**70,6%**

Nach Tabelle 5 wurden von 482 Tuberkulosefällen der Heilstätte aus dem Jahre 1904: **455** kontrolliert. 27 Fälle blieben unbekannt. Es entfallen von diesen 455 Kontrollen:
404 auf **durchgeführte Kuren,**
96 auf **vorzeitig abgebrochene Kuren.**
Nach durchgeführter Kur haben ständig gearbeitet: 34,4% (seit 1908)
mit kurzer Unterbrechung ständig gearbeitet: 16,1%,
} somit **voll arbeitsfähig 50,5%;**
mit mehrfachen Unterbrechungen gearbeitet: 12,9%,
= **teilweise arbeitsfähig: 12,9%,**
nichtmehrgearbeitet: 7,4% = **arbeitsunfähig** 7,4%,
nicht mehr gelebt: 29,2% = **gestorben:** 29,2%.

Bei vorzeitig abgebrochener Kur und sofortiger Entlassung entfallen auf die, welche
ständig gearbeitet: 7,8%,
mit kurzen Unterbrechungen ständig gearbeitet: —,
mit mehrfachen Unterbrechungen gearbeitet; 15,7%,
nicht mehr gearbeitet: 5,9%,
nicht mehr gelebt haben: 70,6%.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Tabelle 6.

Gesamtübersicht der Ergebnisse 6 Jahre nach der Kur
laut Feststellung der letzten 2 Jahr-Kontrolle: 1902—1908; 1903—1909; 1904—1910.
Tuberkulosefälle: 928, unbekannt blieben: 53 = 5,7%, somit **875 Kontrollen nach 6 Jahren.**

Davon entfallen auf durchgeführte Kuren: **779,**
auf vorzeitig abgebrochene Kuren: **96.**

Es haben	Bei Gesamtzahl der Behandelten	Bei Entlassungsnote I	II	III	IV	Summa der durchgeführten Kuren	Bei vorzeitiger Entlassung	Bei sofortiger Ungeeignetheit	Summa der abgebrochenen Kuren
ständig gearbeitet	1902: 86	17	20	3	—	40	3	—	3
	1903: 334	33	65	9	1	108	2	—	2
	1904: 455	50	78	10	1	139	4	—	4
Summa	875	100	163	22	2	**287 = 36,8%**	9	—	**9 = 9,4%**
mit kurzen Unterbrechungen ständig gearbeitet	1902: 86	1	8	1	—	10	1	—	1
	1903: 334	13	24	4	—	41	2	—	2
	1904: 455	20	38	7	—	65	—	—	—
Summa	875	34	70	12	—	**116 = 14,9%**	3	—	**3 = 3,1%**
mit mehrfachen Unterbrechungen gearbeitet	1902: 86	—	4	1	—	5	—	1	1
	1903: 334	10	20	2	1	33	2	—	2
	1904: 455	18	23	10	1	52	8	—	8
Summa	875	28	47	13	2	**90 = 11,6%**	10	1	**11 = 11,4%**
nicht mehr gearbeitet	1902: 86	1	2	—	—	3	—	1	1
	1903: 334	2	15	5	4	26	2	1	3
	1904: 455	7	14	8	1	30	2	1	3
Summa	875	10	31	13	5	**59 = 7,6%**	4	3	**7 = 7,3%**
nicht mehr gelebt	1902: 86	2	5	3	4	14	3	5	8
	1903: 334	10	33	25	27	95	10	12	22
	1904: 455	14	40	48	16	118	8	28	36
Summa	875	26	78	76	47	**227 = 29,1%**	21	45	**66 = 68,8%**
		Generalsumme				**779**			**96**

Tabelle 6 bringt die Zusammenfassung mit den bisherigen Feststellungen des Arbeitsverhältnisses nach sechs Jahren und berichtet über **875 Kontrollen.**

(Tuberkulosefälle: 928, unbekannt blieben: 53 = 5,7%, somit 875 Kontrollen.) Davon enfallen:

779 auf durchgeführte Kuren,
96 auf vorzeitig abgebrochene Kuren.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Nach durchgeführter Kur haben ständig gearbeitet: 36,8 %, } somit **voll arbeitsfähig 51,7 %,**
mit kurzer Unterbrechung ständig gearbeitet: 14,9 %, }
mit mehrfachen Unterbrechungen gearbeitet: **11,6 %,** **= teilweise arbeitsfähig,**
nicht mehr gearbeitet: **7,6 %** **= arbeitsunfähig,**
nicht mehr gelebt: **29,1 %** **= gestorben.**

Bei vorzeitig abgebrochener Kur und sofortiger Entlassung entfallen auf die, welche
ständig gearbeitetet: 9,4 %,
mit kurzer Unterbrechung ständig gearbeitet: 3,1 %,
mit mehrfachen Unterbrechungen gearbeitet: 11,4 %,
nicht mehr gearbeitet: 7,3 %,
nicht mehr gelebt haben: 68,8 %.

Tabelle 7.

Jahrgang 1902.

Tuberkulosefälle: 85.

Kontrolle unmöglich bei 10 Fällen.

Somit 75 Kontrollen nach 8 Jahren.

Davon entfallen auf durchgeführte Kuren: 63,

auf vorzeitig abgebrochene Kuren: 12.

Es haben	bei Erfolgnote				Summa	bei vorzeitiger Entlassung	bei sofortiger Ungeeignetheit	Summa
	I	II	III	IV				
ständig gearbeitet	13	18	3	—	34=**53,9 %**	1	—	1=**8,3 %**
mit kurzer Unterbrechung ständig gearbeitet	3	4	2	—	9=**14,3 %**	1	—	1=**8,3 %**
mit mehrfachen Unterbrechungen gearbeitet	1	3	—	—	4=**6,4 %**	—	1	1=**8,3 %**
nicht mehr gearbeitet	1	3	—	—	4=**6,4 %**	—	1	1=**8,3 %**
nicht mehr gelebt	2	3	3	4	12=**19 %**	3	5	8=**66,8 %**

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Es sind somit bei **durchgeführter Kur:**

Tabelle 8:

	nach 2 Jahren	nach 4 Jahren	nach 6 Jahren	nach 8 Jahren
noch voll arbeitsfähig	61,7 %	56,3 %	51,7 %	68,2 %
noch teilweise arbeitsfähig . .	17,5 %	15,8 %	11,6 %	6,4 %
arbeitsunfähig	6,6 %	6,0 %	7,6 %	6,4 %
gestorben	14,2 %	21,9 %	29,1 %	19,0 %

Generated on 2019-12-14 17:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA

Zweiter deutscher Wohnungskongress in Leipzig

Von

Prof. Dr. Pröbsting

Nach einem Begrüssungsabend wurde am 12. Juni der zweite deutsche Wohnungskongress eröffnet. Eine ausserordentlich grosse Menge von Teilnehmern — über 500 — hatten sich eingefunden, so dass der grosse Saal des Zentraltheaters dicht gefüllt war.

Unter lebhaftem Beifall wurden Graf Posadowsky-Wehner, Ministerialdirektor Dr. Rumpelt und der Rector magnificus der Leipziger Universität, Prof. Lamprecht, zu Ehrenvorsitzenden gewählt. Dann ergriff Graf Posadowsky das Wort zu einer Eröffnungsansprache. Von den grossen Kulturländern, so führte er aus, hat Deutschland verhältnismässig die stärkste Bevölkerungszunahme. Aber diese Zunahme kommt fast nur den Städten zugute. Während 1806 in Deutschland nur jeder 80. Einwohner Städter war, lebte 1856 schon jeder 33. und 1910 schon jeder 5. Deutsche in der Grossstadt. Welche Umwälzung der Lebensweise spiegelt sich in diesen drei Zahlen.

Bis zu dem grossen wirtschaftlichen Umschwung, der nach den Kriegsjahren 1866 und 1870 einsetzte, war das deutsche Volk infolge der napoleonischen Kriege viel zu arm, um sich mit Wohlfahrtspolitik beschäftigen zu können. Erst durch die deutsche Sozialpolitik wurde die Frage nach den Lebensverhältnissen der minderbemittelten Volksklassen angeregt. Dabei waren es grade die Untersuchungen über die Wohnungszustände, die erschreckliche Resultate ergaben. Berlin hatte 1905 über eine halbe Million besetzter Wohnungen, nahezu die Hälfte davon hatte nur ein einziges heizbares Zimmer, und ein Siebentel von diesen Wohnungen war noch ohne Küche; über ein Drittel bestand lediglich aus einem heizbaren Zimmer. Selbst in Einzimmerwohnungen finden sich Schlafgänger. Solche Zustände müssen die Übertragung von Krankheiten zur notwendigen Folge haben und müssen verbrecherische Neigungen und Unsittlichkeit fördern. Weiter ergibt sich ein ständiger Rück-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gang des Geburtenüberschusses und der weiblichen Fruchtbarkeit. In Berlin betrug der Rückgang von 1876—1905 mehr als 40 Prozent. In den grossen Städten nähern wir uns immer mehr dem französischen Zweikindersystem.

Obwohl wir uns noch um mehr als 800 000 Menschen jährlich vermehren, müssen wir Arbeitsheere von aussen heranziehen, und doch besteht in den Grossstädten Arbeitsnot. Aber nicht nur Arbeiter, auch andere Gesellschaftsklassen ziehen ohne Notwendigkeit in die Grossstadt. Diesem fortwährenden Zuzug kann der Bau von Kleinwohnungen nicht folgen. Wie sind diese Übelstände zu bekämpfen? Die grösste Schwierigkeit liegt in der ungleichmässigen Verteilung unseres Volkes. Aber diese Ungleichheit kann durch eine Beschränkung der Freizügigkeit nicht aus der Welt geschaffen werden. Es muss vielmehr durch ein Wohnungsgesetz die Mindestforderung festgestellt werden, die für die Herstellung von Wohngebäuden gelten sollen. Mit dem Gesetze muss eine scharfe Wohnungsaufsicht verbunden sein. Ein solches Gesetz muss auch Vorschriften enthalten, dass gewisse Gelände nur mit Kleinwohnungen bebaut werden und die erbauten Häuser nur als Kleinwohnungen benutzt werden dürfen. Es ist wirtschaftlich falsch, die minderbemittelten Klassen, auf die ja die besitzenden Klassen fortwährend angewiesen sind, in weit entlegene Vororte zusammenzudrängen, der weite Weg zur Arbeitsstätte erfordert einen unverhältnismässigen Verbrauch von Arbeitskraft.

Die lapidaren Bestimmungen des Bürgerlichen Gesetzbuches über das Erbbaurecht müssen erweitert werden. Es muss die Möglichkeit gegeben werden, mit geringen Kosten Grund und Boden für lange Zeit zu erwerben. Soll aber das Erbbaurecht für die grosse Masse nutzbar gemacht werden, so müssen Erbbaubanken gegründet werden.

Die Wertzuwachssteuer mag eine gute Finanzquelle sein, dass aber dadurch die Grundstücksspekulation eingeschränkt werde, ist sehr fraglich; es steht vielmehr zu befürchten, dass die Mieter auch diese neue Belastung werden tragen müssen.

Es gibt Gegner der Sozialpolitik, diese sind nicht zu bekehren, auch wenn wir mit Engelzungen reden. Aber es gibt auch Freunde der Sozialpolitik, die gegenüber den zahlreichen Forderungen erschrecken und meinen, man müsse aufhören, die Forderungen gingen zu weit, und es entständen immer neue Forderungen. Das klingt ebenso, als wenn man der Industrie, der Landwirtschaft oder dem Handel zurufen wolle, man möge mit der Wirtschafts- oder der Handelspolitik aufhören. An einen Stillstand auf dem Gebiete der sozialen Fürsorge dürfen wir nicht denken, wir müssen festhalten an dem Bibelwort: Lasset uns Gutes tun und nicht müde werden.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Nach dieser mit grossem Beifall aufgenommenen Rede, nahm zum ersten Gegenstand der Tagesordnung: Unsere öffentlichen Körperschaften als Behörden in der Bodenfrage, Stadtsyndikus Dr. Landmann (Mannheim) des Wort. Seine Gedanken und Reformvorschläge fasste Referent in folgenden Leitsätzen zusammen:

1. Die behördlichen Massnahmen der öffentlichen Verbände in der Bodenfrage müssen neben den Richtpunkten einer gesunden und zweckmässigen Anlage neuer und Verbesserung alter Wohnquatiere vor allem Billigkeit des städtischen Ansiedelungsbodens zum Ziele haben.
2. Das allgemeine Mittel, dessen sich die Praxis zu diesem Zwecke zu bedienen hat, bildet die Vermehrung des Angebots von baureifem Gelände. Die Einzelmassnahmen, die jetzt bereits zur Bewältigung dieser Aufgabe dienen, sind weiter zu entwickeln und zu fördern.
3. Es sind deshalb Eingemeindungen, die eine weiträumige Siedelung der Stadtbevölkerung ermöglichen und dadurch den neuen Bauboden der Grossgemeinde auf seinem niedrigen Preisniveau tunlichst erhalten und das Anschwellen der Preise des Stadtinnern zu beschränken suchen, rechtzeitig zu vollziehen. Nur dort, wo eine Eingemeindung nicht durchführbar ist, sollen für eine notwendige oder wünschenswerte Dezentralisation der Stadtbevölkerung andere Formen des korporativen Zusammenschlusses zwischen der Stadt und den Gemeinden ihrer Umgebung gesucht werden. Zweckverbände sind zu diesem Behufe nur dann zu errichten, wenn durch ihre Verfassung und durch vorbeugende Massregeln gegen eine missbräuchliche Handhabung der Aufsichtsgewalt und der sonstigen Einwirkungsbefugnisse der Regierung der berechtigte Einfluss der Grossstädte und ihre natürliche Entwickelung in den Zweckverbänden sichergestellt ist.
4. Ausser durch eine die Dezentralisation der Stadtbevölkerung ermöglichende Ausgestaltung der Verkehrsmittel ist die Verbilligung des Baulandes durch Schaffung zahlreicher neuer Ortsstrassen zu erstreben. Diese Aufgabe wäre den Gemeinden dadurch zu erleichtern, dass die veraltete Gesetzesbestimmung, wonach die Strassen- und Kanalbaubeiträge der Angrenzer erst mit der Überbauung der anstossenden Grundstücke fällig werden, durch eine Vorschrift ersetzt wird, die die Fälligkeit dieser Beiträge auf den Zeitpunkt der Strassenherstellung verlegt. Zur Vermeidung von Härten wären Kreditinstitute zu schaffen, die für kapitalschwache Grundeigentümer die vor-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

schüssliche Bezahlung dieser Beiträge gegen die Verpflichtung zur Rückerstattung des Vorschusses in Jahresrenten übernehmen würden.

5. Das Institut der Umlegung, das auch gegen den Willen einzelner Eigentümer aus den wegen ihrer Lage, Form oder Flächengehalt für die Bebauung ungeeigneten Grundstücken durch eine Neueinteilung derselben zweckmässige Bauplätze schafft, ist behufs Vermehrung baureifer Grundstücke und zur Verhinderung ungesunder und hässlicher Bauten in die Gesetzgebung der Einzelstaaten oder des Reiches allgemein aufzunehmen.
6. Das Gleiche gilt von der Zonenenteignung, welche die Enteignung der an eine Strasse anstossenden Grundstücke ermöglichen soll. Sie ist sowohl für die Enteignung bebauten Geländes, insbesondere zur Beseitigung oder Änderung älterer Stadtquartiere im Interesse des Verkehrs oder der Gesundheit, wie als Enteignung unbebauten Geländes, insbesondere zu Zwecken der gemeinnützigen Wohnungsfürsorge durch die Verwaltungspraxis oder die Gesetzgebung näher auszugestalten. Die Regelung der Vorbeugungsmassregeln gegen eine missbräuchliche Verwendung der Zonenenteignung erfordert bei der Zonenenteignung zum Zwecke der gemeinnützigen Wohnungsfürsorge eine Änderung derjenigen Bestimmungen unseres Privatrechts, die bei der Vergebung von Gelände zu Zwecken der gemeinnützigen Wohnungsfürsorge zur Anwendung gelangen. Diese Änderungen sind notwendig, damit die dauernde Verwendung des durch Zonenenteignung erworbenen unbebauten Geländes für Zwecke der gemeinnützigen Wohnungsfürsorge, unbeschadet der Beleihungsfähigkeit der Grundstücke, sichergestellt werden kann.
7. Notwendig ist daneben der Erlass eines Reichsenteignungsgesetzes, das auf modernen Verfahrensgrundsätzen aufgebaut, die Feststellung der Entschädigung in sozialem Geiste regeln und die Gesamtheit der Enteignungsfälle des Grundeigentums, einschliesslich seiner neuartigen Erscheinungen, wie z. B. der Eineignungen, zusammfassend ordnen würde.
8. Eine gesetzliche Regelung des Taxwesens der Grundstücke sowohl hinsichtlich der Behörden wie der Grundsätze für die Wertfeststellung ist im Interesse einer normalen Preisbildung der Grundstücke und zur Erleichterung des Realkredits zu erstreben. Den aus einer bureaukratischen oder schablonenhaften Handhabung des amtlichen Taxwesens erwachsenden Gefahren wäre durch eine entsprechende Organisation dieser Ämter und

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

durch einen die Berücksichtigung des Einzelfalles voranstellenden Aufbau der Schätzungsvorschriften vorzubeugen.

9. Das Reich hat durch Erhebungen seiner Behörden oder besonderer Kommissionen die rechtlichen und wirtschaftlichen Mängel, welche die Ursachen unserer unbefriedigenden Bodenverhältnisse bilden, feststellen zu lassen, um einwandfreie Unterlagen für ein Programm grosszügiger Boden- und Wohnungsreformen durch Gesetzgebung und Verwaltung zu schaffen.

Der zweite Referent, Stadtrat Dr. Luppe (Frankfurt a. M.), stellte an die Spitze seines Vortrags die Frage: Was können die Behörden durch Bebauungspläne und Bauordnungen zur Schaffung gesunder und billiger Wohnungen beitragen?

Bei der Aufstellung von Bebauungsplänen und bei Erlass von baupolizeilichen Bestimmungen ist zu prüfen:

1. welche Forderungen unter Berücksichtigung des Bodenpreises und der gesamten Baukosten gestellt werden können, ohne dass Mietpreise entstehen, welche die in Betracht kommenden Mieterkreise bei ordnungsmässiger Benutzung der Wohnungen nicht zahlen können;
2. auf welche Weise günstig zugeschnittene Baustellen geschaffen und welche bauliche Erleichterungen zwecks Verminderung der Baukosten bei weiträumiger Bebauung gewährt werden können;
3. inwieweit Beschränkungen der baulichen Ausnutzung des Grund und Bodens geeignet erscheinen, eine Steigerung seines Preises hintanzuhalten.

Bei dieser Prüfung ergeben sich im einzelnen folgende Gesichtspunkte:

I. Bebauungspläne.

Bebauungspläne bilden die erste Voraussetzung für Aufschliessung des Geländes. Da die Schaffung möglichst viel baureifen Geländes in den Aussenbezirken die Preissteigerung des Bodens hintanzuhalten geeignet ist, sind Bebauungspläne möglichst für das ganze Stadtgebiet zu schaffen. Bei ihrer Aufstellung ist nicht nur auf die Verkehrsinteressen, sondern auch auf die künftige Bebauung Rücksicht zu nehmen, und zwar sind Quartiere für alle Bevölkerungsschichten nach ihrer Stärke vorzusehen und die Baublöcke und die Baufluchtlinien so zu gestalten, dass sie leicht und gut bebaubare Baustellen mit normaler Bautiefe ergeben.

Die Strassenbreiten können bei weiträumiger Bebauung eingeschränkt werden.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

II. Bauordnung.

1. Bauordnung und Bodenpreis.

Stärkere bauliche Ausnutzbarkeit des Grundstückes bringt regelmässig eine Wertsteigerung mit sich. Einschränkung der Ausnutzbarkeit bringt zwar kein Sinken des Wertes mit sich, kann aber weitere, insbesondere schnelle Wertsteigerungen verzögern oder hintanhalten; Einschränkungen, welche der Schaffung von Wohnquartieren für die besser gestellte Bevölkerung dienen sollen, bedingen regelmässig eine Wertsteigerung.

Auszugehen ist deshalb von einer baulichen Ausnutzung des Bodens, welche für das billigste baureife Gelände in den Aussenbezirken die Schaffung preiswerter Wohnungen ermöglicht. Von diesen Aussenbezirken ist nach der Innenstadt zu steigend eine stärkere Ausnutzung zu gestatten entsprechend dem höheren Bodenpreise. Daraus ergibt sich eine abgestufte Bauordnung, die ausserdem durch Schaffung von Villenvierteln, Wohnvierteln, gemischten Vierteln und Fabrikvierteln den verschiedenen Bedürfnissen Rechnung zu tragen hat.

Für die Wohnviertel der Aussenbezirke grösserer Städte wird als Grundtypus Zulassung 1 Obergeschosses, Freilassung von $^5/_{10}$ der Grundfläche (oder zwei Drittel bei Einrechnung des Vorgartens), unter Ausschluss von Hintergebäuden und tiefen Flügelbauten in Betracht kommen. Grössere Gärten sind nur in Gartenstädten mit ganz billigem Gelände möglich, in grösseren Städten könnte ein Teil der Freiflächen als Schrebergärten ausgestaltet werden.

2. Bauordnung und Baukosten.

Wohn- und Schlafräume im Kellergeschoss sind unbedingt zu verbieten, Küchen, Werkstätten und Bureaus nur unter bestimmten Bedingungen zuzulassen. Dagegen ist volle Ausnutzung des Dachgeschosses zu gestatten, wenn die Räume hygienisch einwandfrei hergestellt sind.

Der Bauwich gibt vielfach weder hygienisch noch ästhetisch günstige Verhältnisse. Für weiträumige Bebauung hat der Reihenhausbau (Gruppenbau) manche Vorzüge, wenn genügende Durchlüftung des ganzen Blockes gesichert ist; durch Fortfall der Flügelbauten können die Grundrisse besser gestaltet, manche Räume besser belichtet und gelüftet, die geschlossene Freifläche im Inneren des Baublocks vergrössert werden, Staub und Lärm wird für die hinteren Räume in Verkehrsstrassen vermindert, und die Baukosten sind geringer.

Bei weiträumiger Bebauung können erhebliche bauliche Erleichterungen gewährt werden, welche die Baukosten verringern.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

In Frage kommen geringere Geschosshöhen, geringere Mauerstärken, Verwendung von Fachwerk, Verzicht auf massive Decken, geringere Treppen- und Flurbreiten, Zulassung unverputzter Weichholztreppen, Verzicht auf Aufhorstung von Brandmauern, auf massive Sockel für die Einfriedigungen, kürzere Fristen für Ingebrauchnahme der Bauten, ev. einfache Beseitigung der Abwässer und Fäkalien; ferner erleichterte Zulassung von Dachaufbauten, Vorbauten in Vorgärten, Zurücktreten hinter die Baulinie, unentgeltliche Bauberatung, sowie niedrige Baupolizeigebühren mit Beschleunigung und Vereinfachung der Prüfung.

Auch die baulichen Erleichterungen kommen vielfach nicht in einer Verminderung der Wohnungspreise, sondern in einem Steigen der Bodenpreise zum Ausdruck. Und wenn sie deshalb auch nicht auf die gemeinnützige Bautätigkeit zu beschränken sind, so lässt sich doch nur bei letzterer Sicherheit dafür schaffen, dass die behördlichen Massnahmen auch wirklich die Schaffung gesunder und billiger Wohnungen bewirken.

Als dritter Referent behandelte Rechtsanwalt und Stadtverordneter Dr. Heilbrunn (Frankfurt a. M.) die öffentlich-rechtliche Regelung der Aufschliessung von Baugelände nach wirtschaftlichen Gesichtspunkten.

Seine Vorschläge gipfelten in folgenden Thesen:

1. Die Entwickelung von Privatrecht und Volkswirtschaft bei uns hat den städtischen Siedelungsboden zu einer negotiablen Ware gemacht.
2. Diese Entwickelung brauchte für die Wohnungsfrage an sich nicht so schädlich zu sein, wenn die Voraussetzungen für billige Preisstellung gesichert wären, nämlich:
   a) freie Konkurrenz,
   b) billige Produktionskosten.
3. Die tatsächliche Schaffung dieser Voraussetzungen wird bei uns vielfach durch das öffentliche Recht durchkreuzt, indem dieses die Konkurrenz hemmt und den Boden direkt und indirekt mit hohen Produktionskosten belastet. (Z. B. preussisches Fluchtliniengesetz, Ansiedelungsgesetz, kommunales Bauverbot usw.)
4. Reformvorschläge:
   a) Zurückweisung einer Übertragung der Kompetenzen der Selbstverwaltungskörperschaften auf den Staat.
   b) Einführung eines Rechtes auf Fluchtlinienfestsetzung und Strassenbau.
   c) Gesetzliche Umgrenzung der über die baulichen Anforde-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

rungen hinausgehenden Ansprüche der Gemeinden bei Neuansiedelung und Bauerlaubnis.

d) Differenzierung der Anforderungen an den Strassenbau. (Kleinwohnungsviertel.)

e) Prozentuale Beitragsleistungen für Strassenbau unter Entlastung der Kleinwohnungen.

f) Schaffung eines billigen und praktischen Rechtsweges bei Streitfällen mit den Gemeinden auf obigen Gesichtspunkten. (Bauschöffenämter.)

5. Grundsätzlich ist zu erwägen, ob bei uns nicht mehr als bisher dem Warencharakter des städtischen Ansiedelungsbodens auf privatlichem Wege entgegenzuarbeiten ist. (Erbbaurecht usw.)

In der Nachmittagssitzung erstattete zunächst Stadtrat Prof. Dr. Stein (Frankfurt a. M.) sein Referat über: Unsere öffentlichen Körperschaften als Unternehmer in der Bodenfrage. Es ist eine der wichtigsten Aufgaben der Gemeinden sich als Terrainunternehmer zu betätigen, aber diese Bestrebungen dürfen ihre Richtlinien nicht allein in fiskalischen Erwägungen haben, sondern sie müssen von sozialpolitischen, ästhetischen und verkehrstechnischen Rücksichten geleitet sein. Die Städte müssen Bodenpolitik treiben, sie mögen wollen oder nicht, denn sie haben Boden für Strassen, freie Plätze usw. nötig. Wie sollen aber die Gemeinden ihre Bodenpolitik organisieren? Die private Bodenspekulation ist im Grunde autokratisch organisiert, sie ist nicht an Grundsätze gebunden, wie sie Käufer und Verkäufer zu behandeln hat. Sie nutzt eine günstige Situation zum grossmöglichsten Vorteil aus und kommt dadurch oft in einen Gegensatz zu den Allgemeininteressen.

Für die Gemeinden bestehen aber bei allen Bodengeschäften Grundsätze, die ihre Freiheit des Handels beschränken. Aber die Gemeinden können grosszügiger arbeiten, da ihre Mittel unerschöpflich sind. Sie kann nicht an ihren Spekulationen zugrunde gehen, und sie braucht ihre Gebäude und ihre Anlagen nicht abzuschreiben. Man macht der städtischen Bodenpolitik so oft den Vorwurf der Bureaukratie und mit Recht, aber ohne strenge Grundsätze können von einer öffentlichen Körperschaft Geschäfte nicht betrieben werden. Denn nichts fürchtet die Bureaukratie mehr, als die Präzedenzfälle und die Konsequenzen. Jeder Präzedenzfall wird für die Zukunft berücksichtigt, und jeder zieht notwendigerweise Konsequenzen. Zumeist ist die Organisation der Verwaltungsbehörden den wirtschaftlichen Aufgaben der Gegenwart nicht angepasst. Aber die Forderung nach kaufmännichen Grundsätzen in der Verwaltung ist nicht so leicht zu erfüllen. Eine neue Verwaltungslehre muss

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

kommen, und die Handelshochschulen haben hier eine grosse Aufgabe zu erfüllen.

Der gesamte Grundstücksverkehr muss klar und übersichtlich sein, eine strenge Scheidung der Bodenpolitik von der übrigen Verwaltung kann diese Grundbedingung erfüllen. Terrainunternehmungen sind immer mit grossem Risiko verbunden, deshalb ist weitgehende Sorgfalt dringende Pflicht.

Die Diskussion über sämtliche Referate bewegte sich hauptsächlich um die Frage der Ausnutzung des Bodens. Eine blosse Einschränkung der Stockwerke in den Bauordnungen brauche noch keineswegs wohnungspolitisch günstig zu wirken. Auf die Baukosten kann gesetzgeberisch nicht eingewirkt werden, daher muss die Bodenreform mit der Bodenpolitik beginnen. Von mehreren Seiten wurde auf die Bestrebungen der Bodenreformer hingewiesen und den deutschen Städten der Vorwurf gemacht, dass ihre Bodenpolitik zu fiskalisch sei.

Am zweiten Tage wurde die Frage der Geldbeschaffung zweiter Hypotheken usw. eingehen besprochen.

Generated on 2019-12-14 17:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA

Kleine Mitteilungen.

Deutscher Verein für öffentliche Gesundheitspflege.

Nach einer Mitteilung des ständigen Sekretärs, Prof. Dr. Pröbsting in Cöln a. Rh., wird die diesjährige Jahresversammlung des Vereins in den Tagen vom 13. bis 16. September in Dresden stattfinden.

Folgende Verhandlungsgegenstände sind in Aussicht genommen:

1. Die Ergebnisse der letzten Städtebauausstellungen für die öffentliche Gesundheitspflege.
   Referent: Landesbaurat a. D. C. Rehorst, Beigeordneter der Stadt Cöln.
2. Die Bekämpfung der Infektionskrankheiten auf Grund neuerer wissenschaftlicher Forschungen.
   Referent: Prof. Dr. Lentz (Berlin).
3. Die Bedeutung der Zahnpflege in den Schulen.
   Referent: Geh. Obermedizinalrat Prof. Dr. Kirchner (Berlin).

Literaturbericht.

Rückgang der Geburtsziffer in Deutschland.

Eine Erscheinung, die sich fast bei allen Kulturstaaten zeigt, ist die Abnahme der Geburtsziffer. Auch bei uns in Deutschland müssen wir eine schnelle Abnahme der Geburtsziffer konstatieren. Auf 1000 der Bevölkerung entfielen

Geburten mit Einschluss der Totgeburten:

1876	1881	1891	1901	1905	1907	1908	1909
42,61	38,50	38,25	36,89	34,00	33,20	32,97	31,91

Die Sterblichkeitsziffer hat freilich in derselben Zeit ebenfalls erheblich abgenommen; sie betrug

1876	1881	1891	1901	1905	1907	1908	1909
29.32	26,92	24,67	21,81	20,84	18,95	19,01	18,07

Diese Abnahme ist wohl in erster Linie durch die verbesserten hygienischen Einrichtungen herbeigeführt, besonders wohl durch die Abnahme der Infektionskrankheiten und der Kinder-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sterblichkeit. Aber sie hat zweifellos ihre Grenzen, während die Geburtsziffer noch ganz erheblich sinken kann, wie uns Frankreich und ganz besonders gewisse Gegenden von Amerika zeigen. Auch für Deutschland ist eine weitere Abnahme wohl mit Sicherheit zu erwarten; das muss uns ein Ansporn sein, unsere Sterblichkeitsziffer noch mehr herabzudrücken, ganz besonders die Ziffer der Kindersterblichkeit. Hier ist noch sehr viel Arbeit zu leisten, und alle Faktoren müssen ernstlich mitwirken. Pröbsting.

Voege, Die ultravioletten Strahlen der modernen künstlichen Lichtquellen und ihre angebliche Gefahr für das Auge. (Berlin 1910. J. Springer.)

In den augenärztlichen Zeitschriften herrscht augenblicklich ein lebhafter Streit über die Schädlichkeit des ultravioletten Lichts. Die Lichtwellen bringen je nach ihrer Länge im Auge verschiedene Empfindungen hervor, die wir als Farben bezeichnen. Die Wellenlänge des äussersten Rot beträgt 810 μμ (μμ = $^1/_{1\,000\,000}$ mm), Gelb 559 μμ, Blau 449 μμ, äussersten Violett 360 μμ. Aber dieser sichtbare Teil des Spektrums bildet nur einen kleinen Teil der sämtlichen von dem leuchtenden Körper ausgehenden Strahlen. Es gibt Strahlen von sehr viel grösserer Wellenlänge wie das äusserste Rot, das sind die dunklen Wärmestrahlen bis 50000 μμ und auf die violetten Strahlen folgen Strahlen von sehr viel kleinerer Wellenlänge bis zu 100 μμ. Das sind die ultravioletten oder chemisch wirksamen Strahlen. Das Gesamtspektrum wäre also schematisch so darzustellen:

Gesamtspektrum

dunkle Wärmestrahlen — sichtbares Spektrum — ultraviolette Strahlen
50000 μμ 100 μμ

Rot, Orange, Gelb, Grün, Blau, Violett
810 μμ 380 μμ

Die Eigenschaften der ultravioletten Strahlen sind vor allem chemischer Natur, insbesondere werden die Silbersalze des Chlors, Broms und Jods durch die Einwirkung der ultravioletten Strahlen verändert. Glas, atmosphärische Luft schwächen die ultravioletten Strahlen, während Quarz oder Flussspat für diese Strahlen durchlässig sind.

Die ultravioletten Strahlen sind ausserordentlich wichtig, da sie eine ausgesprochene bakterizide Wirkung besitzen. Auch bei der Selbstreinigung der Flüsse spielt die desinfizierende Kraft des Lichtes eine bedeutende Rolle: Der Keimgehalt des Flusswassers ist am grössten bei Sonnenaufgang, am kleinsten bei Sonnenunter-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gang. Die Haut reagiert auf intensive Bestrahlung mit heftiger Entzündung.

Vom Auge werden die ultravioletten Strahlen nicht als Licht empfunden, weil die Hornhaut und besonders die Linse diese Strahlen absorbieren. Die Annahme, dass die Linse durch die ultravioletten Strahlen geschädigt werde, ist bisher nicht bewiesen. Unsere modernen Lichtquellen sind nun erheblich reicher an ultravioletten Strahlen wie die früheren, aber das Tageslicht ist noch reicher an solchen Strahlen. Daraus folgt, dass wir bei der üblichen Beleuchtung Schutzgläser nicht nötig haben. Anders liegt die Sache, wenn wir uns mit sehr intensiven Lichtern beschäftigen, die reich an ultravioletten Strahlen sind, z. B. bei Arbeiten am elektrischen Lichtbogen. Hier sind Schutzgläser erforderlich, und solche stehen uns in reicher Auswahl zur Verfügung.

Pröbsting.

Vogt, Schädliche Lichtquellen und Schutzgläser gegen dieselben (Mediz. Klinik Nr. 9, VI. Jahrg.)

Widmark und Ogneff haben zuerst auf die Schädlichkeit der ultravioletten Strahlen aufmerksam gemacht. Durch Bestrahlung von Tieraugen mit solchen Strahlen konnten sie Erscheinungen hervorrufen, die denjenigen der sog. Schneeblindheit und der elektrischen Ophthalmie glichen. Die wichtige Frage, ob das ganze Ultraviolett — man lässt es gewöhnlich bei der Linie H, Wellenlänge 396,8 μμ beginnen — oder nur ein Teil desselben die Schädigung bedinge, ist auch heute noch nicht gelöst. Die längeren Wellen des Ultravioletts bis etwa zur Linie T, 302 μμ, kommen im Sonnenlicht der Ebene reichlich vor und sind daher wohl nicht schädlich. Im Hochgebirge kommen kürzere Wellenlängen bis 290 μμ vor, und diese erzeugen wohl die Schneeblindheit und auch die elektrische Ophthalmie.

In neuerer Zeit hat man nun in den ultravioletten Strahlen die Ursache für die verschiedenen Erkrankungen der Augen gesucht, so ganz besonders für manche Arten von Star und für Erythropsie. Sichere Beweise für diese Annahmen fehlen aber immer noch.

Überschreitet aber das Ultraviolett die gewöhnliche Intensität und die Wellenlänge 300 μμ wie bei Arbeiten am Bogenlicht, an Glas- und Eisenschmelzöfen usw., so werden wir das Auge durch passende Gläser schützen müssen.

Soll das ganze Spektrum abgeschwächt werden, so verwenden wir Rauchgläser, blaue Gläser absorbieren den am stärksten blendenden gelben Teil des Spektrums, lassen aber das Ultraviolett ebenso stark durch wie farbloses Glas. Wollen wir nur das

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Ultraviolett abhalten, so stehen uns zahlreiche gefärbte Gläser zur Verfügung, die aber alle den grossen Nachteil haben, dass sie auch grosse Mengen, ca. 25%, des sichtbaren Lichts absorbieren. Auch das neuerdings so viel empfohlene Euphosglas absorbiert viel vom sichtbaren Licht; für Lampengläser dürfte sich daher dieses Glas wohl nicht eignen.

Ein farbloses Glas, das nur das Ultraviolett absorbiert, ohne das sichtbare Licht zu schwächen, existiert nicht, ist auch überhaupt nicht denkbar. Denn alle farblosen Gläser schneiden nicht bei einer bestimmten Wellenlänge ab, sondern die Absorption nimmt ganz allmählich nach dem kurzwelligen Spektrumende hin zu.

Wir wissen seit langer Zeit, dass Bleizusätze zum Glas die Absorption für kurzwellige Strahlen erhöht. Das Schwerflintglas 0,198 der Firma Schott & Gen. in Jena hat einen hohen Bleigehalt und ist fast farblos; für 1—3 mm Glasdicke ist die Absorption bei 396 μμ bereits eine bedeutende, bei 384 μμ eine nahezu totale. Zum Schutze gegen Ultraviolett dürfte dieser Schwerflint in jedem Falle genügen. Ein weiterer Vorzug ist der grosse Brechungsindex — für D = 1,7782 —, wodurch eine erhebliche Redaktion der Glasdicke ermöglicht wird. Pröbsting.

Klingelshöffer, Das menschliche Auge und seine wichtigsten Erkrankungen. (Veröffentl. des deutschen Vereins für Volks-Hygiene. München u. Berlin 1910. R. Oldenbourg.)

Ein gut geschriebenes Büchlein, das auch den populären Ton zumeist glücklich trifft. Der erste Teil beschäftigt sich mit der Anatomie des Sehorgans und der Lehre vom Licht, soweit sie zum Verständnis der Linsenwirkung nötig ist. Im zweiten Teil werden dann einige Augenkrankheiten besprochen. Die Hygiene der Augen kommt zu kurz; es wäre doch gut gewesen, die Wirkung der Gifte wie Alkohol, Tabak, Blei usw. auf das Auge kurz zu besprechen. Das hätte den Wert der Arbeit wesentlich erhöht.

Pröbsting.

Kullrich, Erfahrungen über den Anstrich von Fussböden mit Stauböl. (Techn. Gemeindebl. 1907, Nr. 14.)

In öffentlichen Gebäuden mit lebhaftem Verkehr, insbesondere den Schulen, bildet der Staub eine ständige Quelle der Belästigung und wegen seiner Eigenschaft als Träger von Krankheitserregern auch der Gefährdung der Gesundheit für das verkehrende Publikum.

Unter den Massnahmen zur Verhütung bzw. Beseitigung des Staubes ist nun neben dem Scheuern der Böden mit Wasser seit etwa zehn Jahren die Behandlung mit staubbindenden Ölen in

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Aufnahme gekommen und hat eine erhebliche Ausdehnung gefunden. Die Wichtigkeit dieser Tatsache entsprechend hat „die Vereinigung der technischen Oberbeamten deutscher Städte“ einen Ausschuss ernannt, bestehend aus den Herren Kullrich-Dortmund, Percey-Mannheim und Ruppel-Hamburg, welche das einschlägige Material gesammelt, und durch den Verfasser, auch der Versammlung zu Zürich ein Referat erstatten lassen.

Es war durch 59 Fragebogen ein Material von über zwei Millionen qm Fussbodenfläche der verschiedensten Herstellungsart beschafft worden sowie über die Behandlung von Treppen, Turnhallen, die verschiedenen Ölfarben, die Gebrauchsanweisung, die Häufigkeit der Ölbehandlung sowie über Beobachtungen und Erfahrungen.

Im ferneren brachte der Vortragende eine grosse Reihe von wissenschaftlichen Untersuchungen zur Kenntnis, welche sich auf die hygienische Bedeutung des Öles beziehen. Die Ergebnisse dieser Untersuchungen weichen stark voneinander ab.

Demgegenüber ist es von Bedeutung, dass die Schulmänner fast ausnahmslos die staubbindende Wirkung des Stauböles betonen und auch die preussische Unterrichtsverwaltung dieses in dem Ministerialerlass vom 9. März 1908 ausgesprochen hat.

Unter diesen Umständen empfiehlt der Referent, heute noch keine Leitsätze über die Staubbehandlung in Schulen aufzustellen und vorerst noch weiteres Material zu sammeln.

Man wird H. Kullrich und seinen Mitarbeitern für die Herbeischaffung und Sichtung des zahlreichen, wertvollen Materials in dieser wichtigen Frage dankbar sein müssen und die zugesagte weitere Bearbeitung der Frage dankbar begrüssen dürfen.

Steuernagel (Cöln).

Hoffmann, Über das Wärmeleitungsvermögen des Linoleums als Fussbodenbelag im Vergleich zu Holz- und Estrichfussböden. (Arch. f. Hyg., Bd. 68, Heft 1, S. 54—93.)

Die Ansichten, ob das Linoleum zu den guten oder schlechten Wärmeleitern zu rechnen, ob es zur Warmhaltung des Fussbodens empfehlenswert ist oder nicht, sind nicht einheitlich. Man konnte deshalb vermuten, dass das Wärmeleitungsvermögen je nach der Qualität und Herkunft des Linoleums verschieden sei Diese Frage musste geklärt werden und erschien dann auch von besonderem Interesse die Feststellung, welche Rolle der eigentliche Fussboden aus Kiefern- oder Eichenholz, bezw. als Estrich im Vergleich zu dem Linoleumbelag spielt, wenn es sich um die Beurteilung eines warmen Fussbodens handelt.

Linoleum besteht hauptsächlich aus einem Gemenge von oxy-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

diertem Leinöl und Korkmehl, das mit geeigneten Zusätzen aus Harz und Farbstoffen versehen, auf ein Gewebe von Jute unter hohem Druck gewalzt oder gepresst wird. Die eingehenden Angaben des Verfassers über die Methodik seiner Untersuchungen und der angewendeten Instrumente müssen im Original studiert werden. Die Schlussätze, zu denen Verfasser gelangte, sind folgende:

1. Es bestehen Unterschiede in dem Wärmeleitungsvermögen gleich dicker Linoleumplatten, die von verschiedenen Fabriken bezogen wurden.

2. Der Grund für diese Unterschiede liegt wahrscheinlich in der verschiedenen Zusammensetzung, in erster Linie dem Mischungsverhältnisse von Kork zum Linoxyn; die verschiedenen Gewichte deuten darauf hin.

3. Das Mischungsverhältniss vom Kork zum Linoxyn ist Fabrikgeheimnis; genauere physikalische und chemische Untersuchungen über die Zusammensetzung der verschiedenen Linoleumqualitäten liegen nicht vor, sind aber zur Aufklärung der Unterschiede im Wärmeleitungsvermögen erforderlich.

4. Am schlechtesten leitet die Wärme von allen Linoleumsorten das Korklinoleum, das bei einer Dicke von 7 mm ein schlechterer Wärmeleiter ist als die meisten, im Handel vorkommenden Panzerlinoleumplatten von 10 mm; ob seine Haltbarkeit denjenigen der übrigen Linoleumsorten gleich ist, ist nicht bewiesen.

5. Im Vergleich zu Kiefern- und Parkettfussböden ist auch das am schlechtesten wärmeleitende Korklinoleum ein guter Wärmeleiter.

6. Ein gut gelegter, trockener Holzfussboden von der üblichen Dicke hat bei weitem den grössten Anteil an einem warmen Fussboden; dieser Effekt kann durch Linoleum nur in geringem Grade erhöht werden, für welchen Zweck in erster Linie Korklinoleum in Betracht käme.

7. Die Holzfussböden ohne Linoleumbelag sind als Wärmehaltende Fussböden den Estrichen aus Gips und Zement, selbst mit Linoleumbelag, überlegen.

8. Die angegebene Versuchsordnung, das Wärmeleitungsvermögen plattenförmigen Materials mit einer plattenförmigen Thermoelementplatte und einem selbstregistrierenden Galvanometer zu bestimmen, kann auch für andere ähnliche Zwecke empfohlen werden.

Mastbaum (Cöln).

Meyer, Die Teerungsversuche auf der Havelchaussee im Grunewalde bei Berlin. (Techn. Gemeindebl. 1909, Nr. 13.)

Auf Anregung des Mitteleuropäischen Motorwagenvereins ist eine 9,5 km lange Strecke der Havelchaussee in der Oberförsterei Grunewald geteert worden. Die Arbeiten waren in vier Losen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

an die Unternehmer Zöller-Wolfers-Dröge zu Berlin, G. Breining zu Bonn, die Westrumitwerke zu Berlin und Ad. Stephans Nachfolger in Scharley vergeben. Die Firmen verwendeten ein und dieselbe Sorte destillierten Teers, mit Ausnahme von Breining, welcher einen besonders präparierten Teer anwendete. Verfasser gibt sodann einen Überblick über den Zustand der Strassendecke, die Vorbereitung derselben zum Teeren sowie die Art der Ausführung derselben, und beschreibt die dabei verwendeten verschiedenen Teerungsmaschinen. Die Ergebnisse dieser Versuchsteerungen bleiben abzuwarten. Steuernagel (Cöln).

Peyser, Die gewerblichen Erkrankungen und Verletzungen des Gehörs bei den Industriearbeitern mit besonderer Berücksichtigung der Schädigungen durch Betriebslärm. (Arch. f. soz. Hyg., Leipzig. Bd. VI, Heft 2.)

Mit dem Fortschreiten der Ohrenheilkunde schreitet auch die ohrenärztliche Gewerbepathologie weiter. Alle diesbezüglichen Mitteilungen sind deshalb von Wert und der Verf. beschäftigt sich deshalb mit der Frage der durch Berufslärm verursachten Schädigungen des Gehörsinnes. Die Statistik ist noch recht bescheiden; jedenfalls sind mehr Schädigungen vorhanden, als man annimmt. Eingehend bespricht P. die Art und das Entstehen der Gehörschädigungen, den Sitz der Affektionen usw. Es ist nicht möglich, an dieser Stelle in dem Rahmen eines kurzen Referats die mannigfachen Anregungen und Hinweise der Arbeit in ausreichender Weise zu besprechen. Interessenten seien deshalb auf das Original verwiesen, dessen Lektüre sich recht lohnt. Kaupe (Bonn).

Risel, Tödliche Vergiftung durch Einatmung untersalpetersaurer Gase. (Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. u. öffentl. Sanitätswesen.)

Nach Besprechung der allgemeinen Gelegenheiten zu Vergiftungen mit nitrosen Gasen und den bekannten Massenvergiftungen bespricht Verfasser eine Reihe von Todesfällen durch Beizen von Metallen mit Salpetersäure. Es werden eingehend die Symptome der Vergiftung und die Sektionsergebnisse dargelegt. Für das Verhalten des Organismus nach Inhalationen der salpetersauren Gase werden einerseits die Anätzung, Entzündung und Exsudation der Bronchialschleimhaut, ferner eine Veränderung des Blutes durch Umwandeln des Hämoglobins und Verminderung der Alkaleszenz, anderseits eine Beeinflussung des Zentralnervensystems verantwortlich gemacht. Zur Verhütung schlägt Riesel die weitgehendste Prophylaxe vor. Therapeutisch sollen sich Sauerstoffeinatmung, Aderlass und alkalische Kochsalzinfusion, Inhalationen von zerstäubter, gesättigter doppelkohlensaurer Natronlösung bewährt haben. Grisar (Bonn).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Juckenack, Die Verdrängung verfälschter und minderwertiger Erzeugnisse vom Nahrungsmittelmarkt als Folge intensiverer Lebensmittelüberwachung (gemessen an ihren Erfolgen an Hand statischer Erfahrungen). (Ztschr. f. Untersuchung d. Nahrungs- und Genussmittel, 21. Bd., Heft 2.)

Nach einer strafrechtlichen Erörterung des Nahrungsmittelrechtes zeigt eine Tabelle die Zahl der wegen Vergehens gegen das Nahrungsmittelgesetz angeklagten Personen von 1880—1908, eine weitere die der wegen Fälschung und Verkauf oder wegen Herstellens und Inverkehrbringens Verurteilten, eine dritte Tabelle die auf 100000 Strafmündige kommenden verurteilten Personen. Steigt bis 1901 die Zahl der Angeklagten resp. Verurteilten nur langsam, so schnellt sie für 1902 infolge einschneidender neuer Organisationen der Kontrolle um 50% in die Höhe. Trotz der wichtigen Wein-, Fleischbeschaugesetze, der Ausführungsbestimmungen zum Margarinegesetz steigt nun die Zahl der Anklagen nur mehr langsam, da eben eine zielbewusste Kontrolle gesetzwidrige Mittel bald verdrängt. Ziffernmässige Unterlagen bietet hierfür die von 1898—1908 angeführte Tabelle der Angeklagten und Verurteilten sämtlicher deutschen Oberlandesgerichtsbezirke. An Hand von einzelnen Beispielen (Berlin, Dresden, Hamm, Cöln, Düsseldorf) zeigt sich, dass kurze Zeit nach Errichtung von Kontrollanstalten die Zahl der Anklagen und Verurteilungen ihren Höhepunkt erreicht. Es streckt eben eine Menge von Fälschern die Waffen. Der Milchpantscher setzt nur mehr reines Wasser (5—10%) zu oder reduziert den Fettgehalt auf 2,8%, der Butterhändler setzt höchstens Zusätze zu, die ohne weiteres nur schwer zu erkennen sind. Das Uhlenhuthsche Verfahren beseitigte mit einem Schlage „garantiert reelle Dauerwurst aus nur Schweine- und Rindfleisch". Weiter verschwanden die Branntweinschärfen, Sacharin, Syrupe und Fruchtsäfte, die mit den Früchten, deren Namen sie trugen, herzlich wenig zu tun hatten, und die wertlosen „Eipulver". Weichen so die Verfälschungen, treten immer wieder neue raffiniertere auf, so dass die Tätigkeit des Nahrungsmittelchemikers immer schwieriger und zeitraubender wird.

Eine weitere Folge intensiver Kontrolle ist die Eindämmung der Bewertung minderwertiger, unverfälschter Nahrungsmittel (Milchkontrolle), so dass minderwertige Ware nicht als vollwertige bezahlt wird. Grisar (Bonn).

Leonhard, Eine unerwartete Folgeerscheinung des neuen Weingesetzes. [Mitteilungen aus dem chem. Laboratorium von Prof. Dr. M. Dittrich in Heidelberg.] (Ztschr. f. Untersuchung d. Nahrungs- und Genussmittel 1911, Bd. XXI, Heft 1.)

Vergass das Weingesetz von 1892, dass der Wein ein Natur-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

produkt ist, so lässt das neue Weingesetz ausser acht, dass dieses Naturprodukt, um beim Konsumenten absatzfähig zu sein, einer eingehenden sachverständigen Kellerbehandlung durch Winzer und Weinhändler bedarf. Um kleine Weine nicht durch langes Lagern zu verteuern, war es Hauptaufgabe des Händlers, sie bald trinkfähig zu machen. Es geschah in der Art, dass die verbesserten Weine geschönt, abgestochen und in bescheidenen Grenzen geschwefelt, versandt wurden. Der Alkoholgehalt betrug dabei 9—10% und mehr; dadurch blieben die Weine blank und hell, da keine Nachgärung mehr möglich war. Wurde dem Händler früher Wein trübe, konnte er ihn jederzeit durch sachgemässes Umgären wieder in Ordnung bringen. Hierbei wurden die vorzüglichsten Erfolge mit Reinhefen erzielt, welche zugleich eine Einschränkung im Schwefeln im Gefolge hatten. Er war also nicht genötigt, bereits im Spätjahr für das ganze Jahr im voraus seine Weine zu verbessern und konnte dem Umgären mehr Sorgfalt zuteil werden lassen, ohne zur gesundheitsschädlichen schwefligen Säure greifen zu müssen. An Hand einiger Analysen von Weinen erstklassiger Firmen weist Verfasser einen erschreckend hohen Gehalt von freier schwefliger Säure nach, so dass die Weine nicht nur auf Grund des Weingesetzes, sondern auch schon des Nahrungsmittelgesetzes zu beanstanden sind. Der Unterschied bei der Kellerbehandlung beim Schwefeln bzw. beim Zusatz von schwefliger Säure und dem bisher zur Konservierung dienenden Alkoholzusatz ist der, dass die schweflige Säure besonders beim Umstechen ihre Wirkung verliert und erneutes Schwefeln eintreten muss, während der Alkohol kaum schwindet und seine Wirkung als Konservierungsmittel beibehält. Beim direkten Schwefeln lässt sich nicht annähernd die Menge der SO_2 berechnen; die Anwendung wässeriger SO_2 verbietet sich dadurch, dass sie nicht wie die gasförmige in alle Fassritzen zu dringen vermag. Hierin liegt für den Händler die Gefahr, dass er nie weiss, ob er nicht bei weiterem Schwefeln, um den Wein konsumfähig zu halten, mit den Gesetzen in Konflikt kommt. Die Fragen, wann das zulässige Mass des Zusatzes von SO_2 überschritten, wann die durch sie hervorgerufenen Veränderungen den Wein nicht mehr als Wein im Sinne des Gesetzes erscheinen lassen, ferner dann die Frage der Verantwortung, trägt sie der, welcher die SO_2 zugesetzt hat, oder der, in dessen Keller die Veränderungen nach und nach ohne sein Zutun eingetreten sind, werden hoffentlich durch rasche Abänderung des Gesetzes oder Ausführungsbestimmungen geregelt. Durch die zeitliche Begrenzung der Umgärung ist eine Härte in den Weinhandel getragen. De Händler muss daher zu Konservierungsmitteln greifen, sehr zum leiblichen Schaden des Konsumenten. Der abgelehnte Zusatzantrag,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

kranke Weine sollten unter Anzeigepflicht umgegoren werden dürfen, wäre wohl in aller Interesse wieder aufzunehmen.

Grisar (Bonn).

Alt, Die neueste Behandlung der Syphilis und ihre Bedeutung für die öffentliche Gesundheitspflege. (Zeitschr. für Medizinalbeamte, 23. Jahrg. 1910, Nr. 14.)

Alt und mit ihm Hoppe und Schreiber haben als erste die von Ehrlich im Tierexperiment geprüften Arsenpräparate — Arsenophenylglycin und später Dioxydiamidoarsenobenzol oder Ehrlich-Hata 606 — therapeutisch an einem grossen Krankenmaterial erprobt. In der vorliegenden Arbeit gibt Alt zunächst einen historischen Überblick über die von ihm und anderen Forschern geübten Methoden und Erfolge, und beleuchtet dann die neue Heilweise vom Standpunkt der Seuchenbekämpfung, wo dieselbe manchen verheissungsvollen Ausblick gewähre. Da durch die Wassermannsche Reaktion die Erkennung auch der latenten Lues „ganz wesentlich erleichtert, man kann sagen, fast immer ermöglicht wird", ist eine regelmässige serologische Untersuchung aller Kontrollmädchen und gegebenenfalls ihre zwangsmässige Behandlung auf dem Wege der Gesetzgebung oder der Polizeiverordnung anzustreben. Ferner will er die in Fürsorgeerziehung befindlichen Mädchen vor ihrer Freilassung untersucht und eventuell behandelt wissen, ebenso die in Strafanstalten, Gefängnissen, Arbeitshäusern untergebrachten Personen. Weiter, glaubt Alt, würde es sich empfehlen, die in öffentliche Entbindungsanstalten eingelieferten Schwangeren serologisch zu untersuchen und bei positiver Wassermannscher Reaktion spezifisch zu behandeln.

Für den Psychiater besonders wichtig erscheint dem Verf. die erhöhte Möglichkeit der vorbeugenden Bekämpfung der syphilitischen und metasyphilitischen Erkrankungen des Nervensystems.

Laspeyres.

Schürmann, Die Bedeutung der deutschen Lungenheilstätten für die Bekämpfung der Tuberkulose als Volkskrankheit. (Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med., XLI. Bd., Heft 1.)

Der Kampf gegen die Tuberkulose mit ihren verschiedenen Massnahmen setzte in den letzten 23 Jahren die Tuberkulosesterblichkeit um rund 50 % herab. Diese Abnahme fällt mit der Einführung der Pflichtversicherung und dem wirtschaftlichen Aufschwunge zusammen. Durch die Pflichtversicherung wurde es erst möglich, weitgreifende Fürsorge und erhebliche Mittel für die bedrohtesten und betroffensten Kreise bereit zu stellen. Nach einem historischen Überblick über die Entstehungsgeschichte zeigt der Verfasser, wie gerade von den immer noch so oft verlästerten und

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

verkannten Heilstätten Heilerfolge erzielt werden, wie sie kein Krankenhaus, Erholungsheim usw. aufzuweisen hat; wie die Heilstätte das erste Kampfmittel gegen die Tuberkulose ist. Eingehend weist Verfasser auf die Rentabilität, die wirtschaftliche Bedeutung der Heilstätten nach. Die Erfolge resp. die Frage der Erwerbsfähigkeit sind nach den Statistiken kaum schlechter als die für die Nichttuberkulösen. Daneben haben die Heilstätten einen grossen erzieherischen Wert durch die Aufklärung des Volkes in prophylaktischer Beziehung. Verfasser fordert daher auf diesem Wege der Bekämpfung weiter zu schreiten, sie noch auszubauen durch Vermehrung der Fürsorgestellen, diesen amtlichen Charakter zu verleihen, dann für als genesen Entlassene Arbeitsnachweise einzurichten und durch Einführung der Witwen- und Waisenversicherung weitern Kreisen die Segnung der Pflichtversicherung zukommen zu lassen. Ferner ist eine allgemeine Anzeigepflicht der Tuberkulose und eine Isolierung und Asylierung aller Schwerkranken, für die keine Heilstättenbehandlung in Frage kommt, tunlichst anzustreben. Grisar (Bonn).

Kawai, Neuere Methoden zum Nachweis von Tuberkelbazillen im Sputum und in pathologischen Sekreten und Geweben. (Med. Klinik 1911, Nr. 4 u. 5.)

Es werden zunächst die ältern Methoden angeführt, die angegeben sind, um Tuberkelbazillen in einem verdächtigen Material nachzuweisen, das die Bazillen nur spärlich enthält. Solche Anreicherungsverfahren für Sputum, nach denen dieses zunächst durch chemische Mittel aufgeschlossen und dann zentrifugiert wird, und man dann den Bodensatz untersucht, sind angegeben von Biedert, Czaplewsky, Pfuhl und anderen, die das Sputum auflösen durch Kochen mit Natronlauge, Soda oder Kalkwasser. Andere Autoren erstrebten mechanische Zerkleinerung der Sputumteile, indem sie das Sputum zuerst koagulierten und das Koagulum mechanisch zerrieben. Einige wandten auch künstliche Verdauung an.

Zu den neuern Methoden leitet über das Verfahren von Sorge und Sachs-Mücke, die das Sputum mit Wasserstoffsuperoxyd schüttelten. Es entsteht dabei Kohlensäure, deren Bläschen das Sputum zerreissen.

Weiter fand dann Lange und Nietsche 1909 die Tatsache, dass beim Schütteln von homogenen wässerigen Tuberkelbazillenaufschwemmungen mit einem Kohlenwasserstoff — als der geeigneteste erwiess sich das Ligroin — sich die Tuberkelbazillen von andern beigemengten Bakterien vollständig trennen lassen, indem die Tuberkelbazillen durch die aufsteigenden spezifisch leichtern Ligrointröpfchen nach oben gerissen werden und ausschliesslich an der

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Grenze zwischen Flüssigkeit und Ligroinschicht zu finden sind. Es beruht das auf der grössern Adhäsion der mit einer Wachshülle umgebenen Tuberkelbazillen zu den Kohlenwasserstoffen als zur Suspensionsflüssigkeit. Als bestes Lösungsmittel erwies sich für diese Methode Kalilauge.

Die grösste Bedeutung erlangte dann die von Uhlenhut und Xylander ausgearbeitete Antiforminmethode. Antiformin ist eine Mischung von Alkalihyperchlorid und Alkalihydrat im Verhältnis 1 : 1,5 und wirkt stark schleimlösend, oxydierend, wegen des Gehalts an unterchloriger Säure. Während die meisten Bakterien schon von schwachen Antiforminlösungen in kurzer Zeit aufgelöst werden, vermag es die Wachshülle der Tuberkelbazillen nicht anzugreifen.

Auf diese Eigenschaften baute Uhlenhut seine Methode auf, zunächst, Tuberkelbazillen von andern Bakterien zu trennen und zur Reinzucht zu verwenden, dann, durch Auflösung des Sputums dieselben anzureichern. Der praktischen Bedeutung wegen, sei das Verfahren genau angeführt: 1. 5 ccm Sputum werden mit 12 ccm Leitungswasser versetzt und dazu 3 ccm Antiformin zugesetzt. Dann haben wir eine 15 %ige Sputumantiforminlösung. 2. Wenn diese Mischung homogenisiert ist, wird zentrifugiert und der Bodensatz wiederholt mit physiologischer Kochsalzlösung ausgewaschen. Davon werden Ausstrichpräparate gemacht, die man im Brutschrank trocknet und dann färbt.

Von Bernhard wurde dann die Antiforminmethode mit dem Ligroinverfahren kombiniert. Dabei kann man allerdings kein Material zu Kulturzwecken erlangen, weil das Ligroin die Tuberkelbazillen in 20 bis 30 Minuten abtötet.

Schliesslich ist noch von Bedeutung das Verfahren von Hammerl, der mit Ammoniak das Sputum aufschliesst. Zur Erniedrigung ihres spezifischen Gewichtes erhält die homogenisierte Masse einen Zusatz von Azeton. 1. 5 ccm Sputum werden mit 25 ccm Ammoniak versetzt, welches 1 % Kalilauge enthält. Kräftiges Schütteln bis zur Homogenisierung. 2. Zusatz von 5 ccm Azeton zu je 15 ccm dieser Mischung. Dann Zentrifugieren, Ausstreichen und Färben wie oben.

Die drei letzten Hauptmethoden hat der Verfasser einer vergleichenden Prüfung unterzogen. 1. Nachweis von Tuberkelbazillen in Sputum (112 Fälle) und im andern Material (42 Fälle). In 14 unter den 112 Sputumproben konnten Tuberkelbazillen nur mittels des Anreicherungsverfahrens nachgewiesen werden, und in fünf Fällen von den 42 Proben andern Materials.

Hierbei zeigten sich Antiforminmethode und Ammoniakverfahren ziemlich gleichwertig, während das Ligroinverfahren die

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

geringste Leistungsfähigkeit besass. Von den 14 Fällen ermöglichte Antiformin zehn Mal (71%) die positive Diagnose, Ammoniak von neun Fällen acht Mal (88%), Ligroin in 14 Fällen nur drei Mal.

In drei Fällen, bei denen bei direkter Untersuchung das Resultat positiv war, wurde es nach Antiforminbehandlung negativ, was so zu erklären ist, dass durch die Zerreibung der Organe im Mörser die Tuberkelbazillen mechanisch so lädiert worden waren, dass sie später in Antiformin aufgelöst wurden.

2. bespricht der Verfasser das Schicksal der Begleitbakterien in der Sputumantiforminlösung. Fast alle Bakterien, mit Ausnahme der säurefesten, werden in kurzer Zeit 7 — 30 — 40 Minuten aufgelöst. Unter 64 mit Antiformin behandelten Sputis konnte Verfasser vier Mal die Begleitbakterien mittels Färbung und ein Mal durch Kultur nachweisen. Ligroin verhielt sich ebenso, hingegen waren die Bakterien in den Ammoniakbodensätzen fast alle intakt.

3. Beim Nachweis von Tuberkelbazillen in tierischen Organen und pathologischen Sekreten ist besonders wichtig die Technik, die sich auf sorgfältige mechanische Zerkleinerung und Befreiung der Organe von bindegewebigen Hüllen erstreckt. Das zerkleinerte Material wird dann im Mörser zerrieben und dann 20% Antiformin in 5—7facher Menge zugesetzt. Die homogenisierte Masse wird zentrifugiert und behandelt wie das Sputum.

In 13 Fällen, die bei direkter Untersuchung negativ waren, gab Antiformin fünf positive Resultate. In 13 andern, direkt schon positiven Fällen war die Bakterienzahl nach der Antiforminbehandlung bedeutend vermehrt.

Auch für dickflüssigen Eiter eignet sich das Antiforminverfahren gut, während es bei leicht zentrifugierbaren Substanzen, Urin, Ascites, Zerebrospinalflüssigkeit überflüssig ist.

4. Was die Widerstandsfähigkeit der Tuberkelbazillen gegen Antiformin betrifft, so bleiben nach den Tierversuchen des Verfassers die Bazillen noch nach 48-stündiger Behandlung mit 10—20%igem Antiformin lebendig und infektionstüchtig.

In Reinkulturen waren Typhusbazillen in 0,5% Antiformin nach zwei Stunden noch lebend, in 1% und 5% nach 30 Minuten tot, in 10% und 20% nach 15 Minuten tot. Tuberkelbazillen sind ausserordentlich viel resistenter, selbst 50%iges Antiformin vermag in 48 Stunden eine wässerige Tuberkelbazillenaufschwemmung nicht abzutöten. Klein (Bonn).

Kühnemann, Neuere Erfahrungen über Epidemiologie und Bekämpfung des Typhus. (Ztschr. f. Medizinalbeamte 1911, Heft 8.)

Verfasser zeigt, dass der Typhusbazillus sich saprophytisch monatelang in Abortgruben der Typhushäuser zu halten vermag.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Von dort wird er auf die Felder verschleppt, woselbst intensive Sonnenbestrahlung ihn erst nach Wochen vernichtet. Hieraus erklärt sich das zeitweilige Aufflackern und die typische Jahresschwankung. Bei der Übertragung durch Milch spielt diese wahrscheinlich keine grössere Rolle, infolge raschen Konsums oder sonstiger Verarbeitung als andere Nahrungsmittel.

Eine erfolgreiche Bekämpfung des Typhus ist nur durch Aufbesserung der allgemeinen hygienischen Verhältnisse möglich. Die sogenannte direkte Bekämpfung durch Aufspüren und Unschädlichmachen der einzelnen Fälle ist allein nicht imstande, die Seuche wesentlich einzuschränken. Grisar (Bonn).

Lentz, Die Bedeutung der Keimträger in Irrenanstalten. (Ztschr. f. Medizinalbeamte 1911, Nr. 1.)

Nach Besprechung der Gefährlichkeit der Bazillenträger im allgemeinen wendet sich der Verfasser den Verhältnissen der Irrenanstalten zu. Er bespricht den Frankenthaler von Hertel veröffentlichen Fall: zwei Typhusbazillenträgerinnen wurden isoliert von einer Wärterin, die Typhus durchgemacht hatte, zwei Jahre verpflegt, ohne dass eine Erkrankung von ihnen ausgegangen wäre. Eine neue Wärterin, die noch keinen Typhus durchgemacht hatte, erkrankt nach acht Wochen an Typhus. Er führt dann noch eine ganze Reihe derartiger durch Bazillenträger hervorgerufenen Epidemien an, die nach Isolierung der Träger meist definitiv erloschen. Die bakteriologische Untersuchung ist oft schwierig, weil bisweilen nur wenige, ja in grösseren Pausen gar keine Typhusbazillen ausgeschieden werden. Die Untersuchungen müssen daher öfters vorgenommen werden. Wertvoll kann hierbei der Widal werden, wenn er entweder in sehr grosser Verdünnung (1:100 und drüber) oder in der vom Verfasser für Bazillenträger typischen Weise ausfällt, dass Typhusbazillen durch Serumverdünnung 1:20 sehr stark und schnell, jedoch schon durch Verdünnung 1:50 nur noch ganz schwach agglutiniert werden.

Ebenso wie der Typhus, ist die Ruhr in Irrenanstalten endemisch. Früher hatte man geglaubt, es handele sich um eine von der epidemischen Ruhr verschiedene Dysenterie, beschrieb sie als Dysenterie der Irren oder Pseudodysenterie der Irren. Heute wissen wir, dass sie durch denselben Erreger hervorgerufen wird. Die Ruhrbazillenträger scheiden nicht dauernd und regelmässig Bazillen aus, sondern nur während des oft nur durch eingehendes Fragen festzustellenden leichten Ruhrrezidivs. Mit Hilfe des Rektoskopes lassen sich atonische Mastdarmgeschwüre bei Ruhrbazillenträgern nachweisen. Auffallend ist, dass die chronisch Ruhrkranken in der Zwischenzeit und während der häufigen Rezi-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

dive wenig durch Beschwerde belästigt sind. Sie spielen in Anstalten dieselbe Rolle, wie die nur zeitweise ausscheidenden Typhusbazillenträger. Grosse Schwierigkeiten kann daher die Feststellung des Trägers machen. Schleimbeimengungen bei sonst normal erscheinenden Stühlen, Erhöhung der Serumreaktion gegenüber Ruhrbazillen sind jedenfalls verdächtig, eventuell ist mit dem Rektoskop nach atonischen Darmgeschwüren zu fahnden und von diesen mit Stieltupfer ein Abstrich zu machen und zu untersuchen.

Ebenso können Diphteriebazillen und Meningokokkenträger weitere Ansteckungen in den Anstalten hervorrufen.

Die Gefährlichkeit ist umgekehrt proportional dem Reinlichkeitsinn der Träger. Eine weitere Gefahr für die Anstalten besteht darin, dass unerkannte Bazillenträger in der Küche verwandt werden und mit den Nahrungsmitteln die übrigen Insassen infizieren.

Lentz stellt daher zur Beseitigung der von Keimträgern drohenden Gefahren die drei Forderungen auf: der Keimträger muss erkannt sein, muss wirksam isoliert werden, gründliche Desinfektion der ausgeschiedenen Keime. Zur ersten Forderung müssten sich die Anstalten die Hülfe eines Bakteriologen sichern oder in eignem Laboratorium wären die Untersuchungen vorzunehmen, auch könnten sämtliche Untersuchungen in einer Anstalt des Provinzialverbandes vorgenommen werden. Da es kein sicheres Mittel gibt, Bazillenträger keimfrei zu machen, müssen sie isoliert und besonderem Pflegepersonal anvertraut werden, eventuell sämtlich in einer Anstalt konzentriert werden. Grisar (Bonn).

Ghiglione, Sui metodi adoperati nel porto di Genova per l'uccisione dei topi a bordo e sulla desinfezione delle navi mediante l'apparecchio Clayton. (Genova Stab. d'Arti Grafiche Caimo & Co.)

Nachdem man erkannt, dass die Ratten in der Verbreitung der Pest eine hervorragende Rolle spielen, wurden in allen grösseren Häfen Vorkehrungen getroffen, die Schiffe, besonders die aus infizierten Häfen stammenden, von diesen Tieren zu befreien.

Zu diesem Zweck hat man im Hafen von Genua drei Verfahren in Anwendung gebracht: 1. Verbrennung von Schwefel und Kohle, 2. flüssige schwefelige Säure (SO_2), 3. schwefelige Säure, die vom Clayton-Apparat erzeugt wurde.

Das erste Verfahren ist ausserordentlich bequem, billig und erfolgreich, da die Ratten mit Sicherheit getötet wurden. Es hat den Nachteil, dass es nicht in beladenen Schiffen angewendet werden kann, dass es nur eine beschränkte Desinfektionskraft hat und dass es die Insekten nicht tötet.

Das zweite Verfahren: flüssige schwefelige Säure in Eisen-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zylindern, hat sich nicht bewährt. Die Säure wird in Gasform in die Schiffsräume geleitet und zwar in solcher Menge, dass die Luft 7% SO_2 enthielt. In beladenen Schiffen war der Erfolg sehr schlecht, besser, aber doch noch unzureichend, in unbeladenen.

Auch der Clayton-Apparat erzeugt SO_2 durch Verbrennen von Schwefel. Durch einen kräftigen Ventilator wird die Säure in das Schiff getrieben und dann durch ein Röhrensystem wieder in den Apparat zurückgeführt. Mit dem Apparat kann man auch beladene Schiffe schwefeln, vorausgesetzt, dass die Ladung nicht aus Sachen besteht, welche durch die schwefelige Säure leiden, wie Mehl, frisches Fleisch, Früchte, Kaffee usw. Wenn auch durch Versuche festgestellt ist, dass Ratten in einer Atmosphäre sterben, welche ständig $^1/_2$% schwefelige Säure enthält, so ist es doch bei der Ausführung nötig, $2^1/_2$—3% schwefelige Säure hier etwa 3 Stunden in den Räumen zu haben. Mit dem Apparat lassen sich auch Insekten aller Art töten, was bei den beiden anderen Verfahren nicht möglich ist.

Ein sehr grosser Nachteil der Schwefelung mit dem Clayton-Apparat besteht in den sehr hohen Kosten; für einen Dampfer von 10000 Tonnen betragen diese 1000 Lire.

Was nun die Wirksamkeit des Apparates angeht, so übertrifft derselbe erheblich die beiden anderen Verfahren; denn es werden sowohl in unbeladenen wie in beladenen Schiffen die Ratten sicher vernichtet. Ferner werden Pestbazillen sicher abgetötet, ebenso Staphylokokken, jedoch nicht Milzbrandsporen.

Der Apparat dürfte daher ganz besonders für die Desinfektion der Schiffslazarette zu empfehlen sein. Pröbsting.

Rehwald, Die Apotheker und das Kurpfuscherhandwerk. (Mediz. Klinik 1910, Nr. 17 [281].)

Verf. verteidigt den Apothekerstand gegen den schweren Vorwurf der Kurpfuscherei. Wenn wirklich einige Vertreter Heilkunde ausüben, so kann man dies nicht gleich für den ganzen Stand verallgemeinern. Die ärztliche Auffassung des Begriffes Kurpfuscherei deckt sich nicht mit der juristischen Definition und wird vom Verf. als engherzig bezeichnet. Der Vorwurf gegen die Apotheker knüpft sich besonders an den Verkauf der gegen die sog. „kleinen Leiden“ angepriesenen Mittel in den Apotheken. Würde man den Verkauf in den Apotheken unterdrücken, so wäre damit der Kurpfuschereibewegung doch nicht geholfen. Die Patienten würden sich dann die Medikamente auf andere Weise zu verschaffen suchen. Die Forderung der Ärzte, die Apotheker möchten die Rezepte von Kurpfuschern grundsätzlich ablehnen, weist Verf. als unstatthaft im Interesse des Kranken, der sich seinen Arzt selber wählen kann, zurück.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Alles in allem fallen die Vorwürfe gegen die Pharmazeuten wie ein Kartenhaus in sich zusammen. Auf diese Weise lässt sich die Kurpfuscherei nicht ausrotten, man muss gegen ihre Ursachen systematisch vorgehen. Boas (Berlin).

Simon, Über Wirkungen und Nebenwirkungen von Brustumschlägen. (Mediz. Klinik 1910, Nr. 14 [278].)

Bei der Volkstümlichkeit der sog. Priessnitzumschläge sei an dieser Stelle kurz auf die vorliegende Arbeit eingegangen. Es ist nicht zu leugnen, dass Brustumschläge in der Behandlung der Tuberkulose ausserordentlich günstig wirken, wofür Verf. mehrere Beispiele aus seiner eigenen Beobachtung anführt. Die Art der Applikation, die individualisierend zu erfolgen hat, ist im Original nachzulesen. Unter den schädlichen Nebenwirkungen macht sich besonders das unangenehme Auftreten von Erythemen bemerkbar, die Verf. in verschiedenen Fällen gesehen hat. Immerhin sind diese Vorkommnisse selten genug, um auf die Wohltat der Umschläge gänzlich verzichten zu wollen. Boas (Berlin).

Verzeichnis der bei der Redaktion eingegangenen neuen Bücher etc.

Abel, Dr. Rud., Bakteriologisches Taschenbuch. 15. Aufl. Würzburg 1911. Curt Kabitzsch. Preis gbd. 2.— M.

— Die Vorschriften zur Sicherung von gesundheitsgemässer Trink- und Nutzwasserversorgung. Berlin 1911. Richard Schoetz. Preis 2.40 M. gbd. 3.— M.

Baur, Dr. med. et phil., Hygienischer Krankenpflege-Block. 3 Aufl. Leutkirch 1911. Jos. Bernklau. Preis —.80 M.

Cellarius, J., Die Lösung der wichtigsten Kulturaufgaben im Lichte von August Leiners Werk: Menschlichkeit sei unser Ziel! Ulm 1911. Selbstverlag J. Cellarius. Preis —.60 M.

Dörner, Dr. K., Ein Beitrag zur Pathogenese der Tuberkulose. Würzburg 1911. Curt Kabitzsch. Preis 7.— M.

Eichinger, A., Die Pilze. (Aus Natur und Geisteswelt. 334. Bändchen.) Leipzig 1911. B. G. Teubner. Preis gbd. 1.25 M.

Ellis, H., Die Welt der Träume. Deutsche Orig.-Ausg., besorgt von Dr. H. Kurella. Würzburg 1911. Curt Kabitzsch. Preis 4.— M., gbd. 5.— M.

Freytag, Fr., Über die Wirkung von Heilmitteln im Sinne einer Adaptionstherapie. S.-A. Verlag der Wiener Klinischen Rundschau. Wien 1911.

Gemünd, Prof. Dr. W., Bodenfrage und Bodenpolitik in ihrer Bedeutung für das Wohnungswesen und die Hygiene der Städte. Berlin 1911. Julius Springer. Preis 8.— M., gbd. 9.— M.

Gerber, P. H., Die menschliche Stimme und ihre Hygiene. (Aus Natur und Geisteswelt. 136. Bändchen.) B. G. Teubner. Preis gbd. 1.25 M.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Gruber, G. B., Der Alkoholismus. (Aus Natur und Geisteswelt. 136. Bändchen.) Leipzig 1911. B. G. Teubner. Preis gbd. 1.25 M.

Hanauer, W., Die soziale Hygiene des Jugendalters. Berlin 1911. Rich Schoetz. Preis 6.— M., gbd. 7.— M.

Hermann, Dr. G., Ein Beitrag zur Verhütung und Heilung der Blinddarmentzündung. Riga 1911. E. Bruhns. Preis —.70 M.

Kathe, H., Sommerklima und Wohnung in ihren Beziehungen zur Säuglingssterblichkeit. S.-A. Jena 1911. Gustav Fischer. Preis 5.— M.

Kühnelt, Dr. E., Taschenbuch für Ärzte. Wien 1911. Wilh. Braumüller. Preis gbd. 3.40 M.

Marx, M., Schwimmunterricht in städtischen Schulen. Leipzig 1911. B. G. Teubner. Preis kart. 2.80 M.

Medizinalarchiv für das Deutsche Reich. Hrsg. von Kurt von Rohrscheidt. II. Jahrg., Heft 2. Berlin 1911. Franz Vahlen. Preis pro Jahrg. (4 Hefte) 12.— M.

Ranker, Joh., Sammlung von Gesetzen und Verordnungen für den gesamten Krankenpflege-, Massage- und Badeberuf, Desinfektoren, Sanitätspersonal, Gemeindekanzleien, Anstalten usw. Leipzig 1911. Oskar Dittmars Verlagsanstalt. Preis gbd. 2.50 M.

Schäfer, P. H., Geländespiele. 2. Aufl. Leipzig 1911. B. G. Teubner. Preis kart. —.80 M.

Schlossberger, Dr., Grundsätze der ersten Wundbehandlung. 3. Aufl. Stuttgart 1911. J. B. Metzler'sche Buchhandlung. Preis —.20 M. (von 25 Exemplaren an à —.15 M.)

Sittler, Dr. P., Grundlinien einer gesunden Lebensweise. Würzburg 1911. Curt Kabitzsch. Preis 1.30 M.

Strohmeyer, E., Turnen und Spielen in der preussischen Volksschule. 2. Aufl. Leipzig 1911. B. G. Teubner. Preis kart. 2.80 M.

Traebert, H., Beiträge zur Lebenslaufs-Theorie. Magdeburg 1910. Verlag „Erika".

Treue, Dr. E., Hygienische Vorschriften für den Kleinhandel mit Nahrungs- und Genussmitteln. Bielefeld 1911. W. Bertelsmann.

Verhandlungen des zweiten Deutschen Jugendgerichtstages 29. Sept. bis 1. Okt. 1910. Hrsg. von der Deutschen Zentrale für Jugendfürsorge Leipzig 1911. B. G. Teubner. Preis 4.— M.

NB. Die für die Leser des „Centralblattes für allgemeine Gesundheitspflege" interessanten Bücher werden seitens der Redaktion zur Besprechung an die Herren Mitarbeiter versandt und Referate darüber, soweit der beschränkte Raum dieser Zeitschrift es gestattet, zum Abdruck gebracht. Eine Verpflichtung zur Besprechung oder Rücksendung nicht besprochener Werke wird in keinem Falle übernommen; es muss in Fällen, wo aus besonderen Gründen keine Besprechung erfolgt, die Aufnahme des ausführlichen Titels, Verlegers und Preises an dieser Stelle den Herren Einsendern genügen.

Die Verlagsbuchhandlung.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Küchenverwaltung und Küchenkontrolle in Anstalten.

Von

Dr. Wilhelm Sternberg,
Spezialarzt für Ernährungstherapie in Berlin.

Überall wird von den Vertretern der Städte, von den Hygienikern und Ärzten über die zunehmende Teuerung des Krankenhausbaues, des Betriebes und der Verwaltung von Heilanstalten geklagt. Offen kamen diese Klagen erst jüngst auf der Generalversammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege in Elberfeld 1910 wiederum zum Ausdruck. Ebenso wird aber noch über etwas anderes geklagt. Das ist die Küche im Krankenhaus. Der Luxus in der modernen Heilanstalt hat an allen Ecken und Enden zugenommen, allein die Küche und Kost genügt den modernen, durchaus berechtigten Anforderungen doch noch gar nicht. Wenn aber nun auch noch die Küche eine durchgreifende Reform erfahren soll, wie ich sie schon lange fordere, — werden sich dann nicht die Kosten nochmals vermehren, so dass die erste Klage über die Teuerung erheblich verstärkt und sogar verdoppelt wird? Oder liessen sich möglicherweise beide Klagen, die über die zunehmende Teuerung und die über die mangelhafte Küche, aus einem Punkte kurieren, so dass mit einem Schlage beide Kalamitäten beseitigt würden? Das würde bei der allmählich, aber sichtlich sich steigernden Teuerung der Rohmaterialien heutzutage überaus erwünscht sein. Ein solches Mittel gibt es tatsächlich. Man kann die Küche wesentlich verbessern und den Betrieb dennoch billiger gestalten. Unbedingtes Erfordernis hierfür ist freilich eine sachgemässe Verwaltung, Zentralisierung des Einkaufs und fachmännische Kontrolle durch Sachkundige.

Der grösste Verbrauch im Krankenhaus ist der an drei Naturalien: Das sind: 1. Milch, 2. Eier, 3. Butter. Diese Rohprodukte sollte kein Krankenhaus, auch nicht die kleine Privatanstalt, nicht einmal das Sanatorium in der Grossstadt, von Zwischenhändlern mehr beziehen, sondern selber produzieren. Was zunächst die Eier betrifft, so ver-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

lohnt sich das Halten von Hühnern durchaus. Freilich müssen sie einen Auslauf haben, damit sie scharren können. Hühner erhalten den Küchenabfall, ev. auch noch besonderes Futter. Wenngleich sie nicht das ganze Jahr Eier legen, sondern fast ein halbes Jahr vollständig ohne Nutzabgabe von Eiern gefüttert werden müssen, so kann man dafür doch stets das Fleisch verwerten, indem man die alternden Hühner, die durch den Nachwuchs ersetzt werden, in dieser Zeit schlachtet. Zudem hat man immer frische Eier. Jedenfalls stellt sich der Preis billiger, je grösser der Konsum wird.

Vorbildlich in mancher Beziehung ist die Verwaltung und die Beköstigung an der Forst-Lehrlingsschule in Templin in der Uckermark. Hier werden 45 Forstlehrlinge, junge kräftige Menschen im Alter von 16—19 Jahren, verpflegt, mit Personal im ganzen 50 Personen. Zuerst hatte man das sog. „Hausvater-System", d. h. Hausvater und Hausmutter erhielten eine Pauschalsumme von 1 M. pro Mann und Tag zur Beköstigung. Zu diesem System ist es aber unbedingt erforderlich, dass Hausvater und Hausmutter sich für den Betrieb von Küche und Keller eignen und auch interessieren, aber in idealer Hinsicht.

In den Königlich Preussischen Forst-Lehrlingsschulen besteht allgemein dieses Hausvater-System. Die Satzungen sind folgende, soweit sie sich auf die Beköstigung beziehen:

Satzung

für die Königlich Preussischen Forst-Lehrlingsschulen
vom 31. August 1910.

§ 4.

Beköstigung, Hausvater.

Die Beköstigung der Lehrlinge erfolgt durch den Hausvater. Es ist den Lehrlingen nicht gestattet, sich ausserhalb der Anstalt zu verpflegen. Wenn der Hausvater auch nicht Vorgesetzter der Lehrlinge ist, so haben sie sich doch nach seinen wirtschaftlichen Anordnungen zu richten.

Die Mahlzeiten werden gemeinschaftlich eingenommen und bestehen in folgendem:

1. Morgenfrühstück: Milch oder Kakao ohne Zucker, Brot mit Butter oder Schmalz.

2. Zweites Frühstück: Brot mit Butter oder Schmalz. Sonn- und Festtags Belag von Wurst, Speck usw.

3. Mittagsmahlzeit: Gekochtes oder gebratenes Fleisch, und zwar mindestens viermal in der Woche frisch, an Sonn- und Festtagen gebraten. Einmal wöchentlich ist Fisch, desgleichen einmal Speck oder Wurst an Stelle des Fleisches gestattet. Gemüse

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

und Kartoffeln nach Bedarf. Suppen (Erbsen-, Bohnen- Linsen- usw. Suppen) dürfen nicht öfter als zweimal wöchentlich verabreicht werden. An Sonn- und Festtagen wird ein Teller Brühsuppe und ein einfaches Kompott verabreicht.

4. Vesper: Wie ad 1.

5. Abendmahlzeit: Mehl-, Milch-, Gries-, Obstsuppe, auch saure Milch oder Bierkaltschale im Sommer (zweimal wöchentlich) oder Kartoffeln (gebraten oder in der Schale gekocht) mit Hering, Speck und Zwiebeln usw., Brot nach Bedarf, Sonntags Brot mit Butter, dazu entweder Belag von Wurst usw. oder zwei frische Eier und ein Glas Milch.

Für den Lehrling und Tag ist durchschnittlich zu liefern:

$1^1/_2$ Pfd. Roggenbrot, an Sonn- und Festtagen ausserdem für 5 Pf. Semmel, 0,8 l Milch oder Kakao.

Butter . . . . . } zusammen $^1/_7$ Pfd.
Schmalz (im Winter zur Hälfte) }

Fleisch:

Rind-, Hammel- oder Kalbfleisch	160 g	Gewicht des rohen Fleisches.
Schweinefleisch	120 „	
Braten	210 „	
Speck und Wurst	120 „	

Die Mittagsmahlzeit wird abends geliefert, wenn die Lehrlinge verhindert sind, mittags nach Hause zu kommen. Sie erhalten an diesen Tagen statt des Abendessens ausser Brot nach Bedarf die doppelte Portion Butter oder Schmalz und 120 g Speck oder Wurst nach näherer Anweisung des Direktors.

Als Festtag im Sinne dieses Paragraphen gilt auch der Geburtstag Seiner Majestät des Kaisers.

Die Aufstellung von Wochen-Speisezetteln kann vom Direktor angeordnet und nebst den etwa erforderlich werdenden Änderungen kontrolliert werden. Den gemeinschaftlichen Mahlzeiten wohnt der aufsichtführende Forstbeamte bei, der die Güte und vorschriftsmässige Menge der Speisen kontrolliert, die Lehrlinge bei den Mahlzeiten überwacht, etwaige Beschwerden entgegennimmt und sofort prüft. Die Beschwerden und Ermittelungen trägt der Aufsichtführende in ein Buch ein, das dem Direktor noch an demselben Tage zur Entscheidung und weiteren Veranlassung vorgelegt wird. Erkrankt ein Lehrling, so hat der Hausvater die vom Arzt vorgeschriebene Krankenkost ohne besondere Vergütung zu liefern. Etwaige besondere Kräftigungsmittel (Wein usw.) müssen jedoch vergütet werden.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Vor dem Mittagessen hat der Aufsichtführende ein kurzes Gebet zu sprechen.

Es ist unerwünscht, dass den Lehrlingen Esswaren zugesendet werden, da die in der Anstalt gebotene Verpflegung ausreicht. —

In der privaten Forst-Lehrlingsschule von Templin hat man das Hausvater-System bald verlassen und hat die Küche seit zwei Jahren in eigene Regie genommen. 1 M. wird pro Kopf und Tag gerechnet. Die 3—4 Wochen Ferienzeit bleiben dabei abgezogen. Verpflegungstage werden 340 gerechnet. Die jungen Menschen haben durchgehend eine kolossale Gewichtszunahme zu verzeichnen, namentlich in der ersten Zeit ihres Aufenthalts. Im ersten Vierteljahr betrug die Zunahme bis zu $19^1/_2$ Pfd., in 13 Wochen! Die Zunahme bemisst sich durchschnittlich pro Kopf nach einem halben Jahr auf reichlich 10 Pfd.!

Trotzdem die Preise für Lebensmittel in letzter Zeit bedeutend gestiegen sind, kommt man mit dem Verpflegungssatz von 1 M. aus und sogar recht bequem. Das liegt an der musterhaften Verwaltung und an der fachkundigen Kontrolle.

Die Küche, im Souterrain gelegen, steht unter der Leitung einer Wirtschafterin. Diese hat 650 M. Gehalt, freie Wohnung und freie Beköstigung. Ihr zur Seite stehen zwei Küchenmädchen. Die Angestellten der Küche haben den Transport der Speisen von der Küche zu dem äusserst geräumigen Fahrstuhl zu besorgen, der neben der Küche, in der Nebenküche befindlich, Handbetrieb hat. Dieser ist doppelt angelegt und hat folgende Grössenmasse: 60 cm Breite, 82 cm Höhe, 54 cm Tiefe. Diesen Massen des Fahrstuhlkastens entsprechen die der äusseren Verkleidung: 1,75; 3,75; 0,85. Vom Fahrstuhl hochparterre werden die Speisen über den Flur hinweg in den unmittelbar gegenüberliegenden Speisesaal hochparterre durch die Zöglinge getragen (s. Fig. 1).

Der Verbrauch ist bei dem starken Appetit der jungen Männer kein geringer. Täglich werden 30 l Milch konsumiert. Die Sahne wird zu Saucen, Bratensaucen, „Kartoffelstippe“, zum Einlegen von Heringen usf. benutzt. Daher ist die Schmackhaftigkeit eine ausserordentliche.

An Butter werden im Monat 50—80 Pfd. gebraucht.

Die Milch wird in der verschiedensten Weise verarbeitet. Wenn in der ersten Zeit die Zöglinge Milch sehr gern und in grossen Quantitäten nehmen, wird sie ihnen doch bald „über“. Das bedeutet, dass, wie ich [1]) ausführe, sich Überdruss, Widerwille und Ekel einstellt. Aber in andere abwechslungsreiche Form gebracht, werden Milchspeisen auch dann immer noch sehr gern genommen.

1) „Das Krankheitsgefühl“. Pflügers Arch. 1910, Bd. 134, S. 113.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Aus der sog. Magermilch, der von der Sahne getrennten Milch, fertigt die Küche Käse an: Quark und Spitzkäse. Die bei der Bereitung von Spitzkäse übrigbleibenden Molken dienen als Viehfutter für die Schweine.

Eier werden geringere Quantitäten verwandt. In manchen Monaten hat man nur sechs Mandeln nötig, in anderen freilich 22.

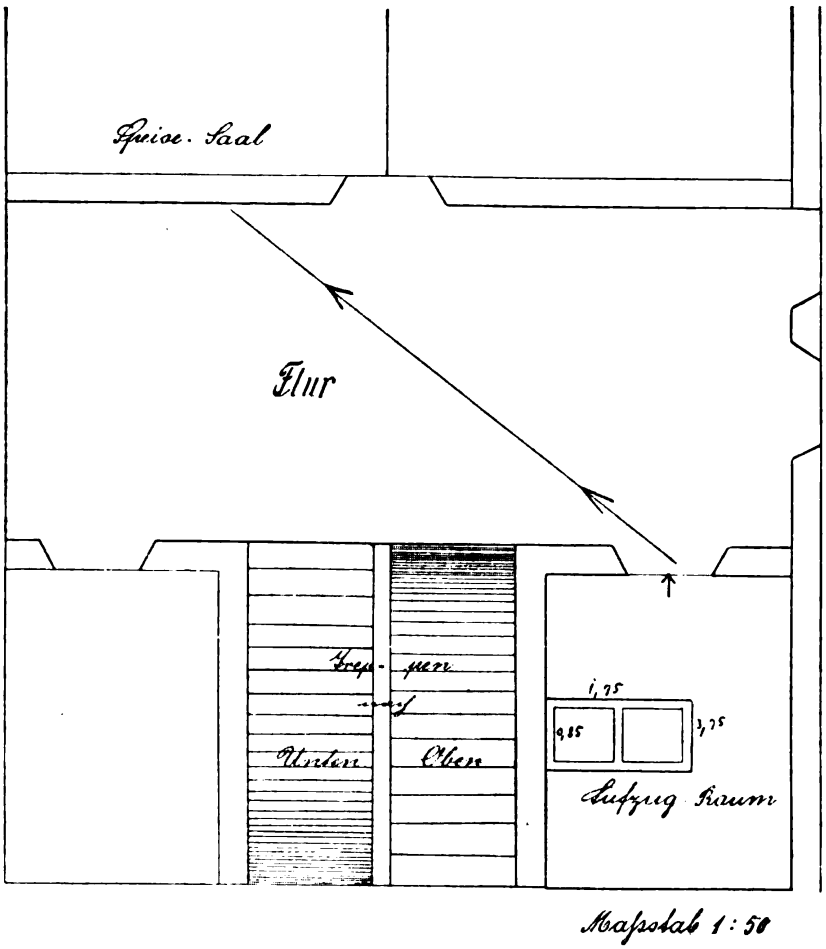


Fig. 1.

Von Fleisch ist die Quantität vorgeschrieben: 160 g pro Kopf und Tag, für Braten 200 g. Freitags wird kein Fleisch verabreicht wegen der hohen Zahl der katholischen Zöglinge.

Eine Schweinezucht ermöglicht die billige Haushaltung. Jährlich werden sieben Schweine von den Küchenabfällen herangefüttert und geschlachtet. Auf dem Dorf und in den kleineren Städten ist dies ja allgemein die Art, wie man sich die Lebenshaltung billiger gestaltet. Wurst, Schinken, allerlei Rauchwaren stellt man in der Anstalt selber her. Alle Küchenabfälle dienen zum Schweinefutter.

Ebenso fertigt die Küche auch Einmachefrüchte aller Art an.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Ein kleiner Pachtacker von 1 Morgen = $^1/_4$ ha = 2500 qm liefert Gemüse und Frühkartoffeln, ca. 40 Zentner. Aber 300 Zentner Kartoffeln benötigt man noch ausserdem für das Jahr. Pro Tag und Kopf rechnet man 1 Kilo Kartoffeln, also im ganzen 1 Zentner pro Tag. Einen Nutz- und Gemüsegarten zu eigener Nutzung unterhalten schon viele Krankenhäuser neben ihrem Ziergarten, z. B. das Kreiskrankenhaus in Britz bei Berlin, das frühere städtische Kinderkrankenhaus „Hasenhaide“ bei Berlin, das jetzt ein grösseres Privatsanatorium von mustergiltigem Betrieb geworden ist, u. a. m.

Die übrigbleibenden Fettabfälle werden zur Seifenbereitung verwandt.

Immer werden in der Küche grössere Quantitäten zubereitet, als man benötigt. Erstlich können die Schüler so oft nachfordern, so oft es ihnen beliebt. Und was dann noch übrigbleibt, das dient mit den Küchenabfällen zum Schweinefutter. Sollte es doch einmal vorkommen, dass die Zöglinge mehr verlangen, als die Küche liefern kann, dann erhalten sie Brotschnitten und zwar nach freier Wahl mit Butter oder mit Schmalz gestrichen.

Verwandt werden nur die besten Qualitäten von Rohprodukten, die beste Butter, das beste Schmalz, die erste Sorte Reis, die ersten Qualitäten Kolonialwaren und Zutaten. Denn stets hat sich auch hier der Erfahrungssatz bewährt, dass die teuerste Sorte doch in Wirklichkeit die billigste ist, weil sie ergiebiger ist.

Das Essen ist, wie ich mich persönlich zu wiederholten Malen überzeugt habe, sehr schmackhaft und abwechslungsreich. Die Abwechslung ersieht man nicht an einem einzigen Wochen-Speisezettel, wie irrtümlicherweise Quensel[1]) und Horst Strassner[2]) annehmen. Daher führe ich nicht weniger als drei Wochen-Speisezettel, die vom 19. Februar bis 11. März 1911 an (S. 387).

Gegen meine Vergleichung der Küche in der Krankenanstalt mit der in der Anstalt für Gesunde, die ich[3]) grundsätzlich durchführe, wiederum in einer neuen Arbeit, darf man nicht etwa den Einwand erheben, die Möglichkeit der billigen Wirtschaftsführung sei in dieser Anstalt für Gesunde darin begründet, dass diese Anstalt für die Gesunden sich nicht in der Grossstadt, sondern auf dem Lande befindet. Zwar ist auf dem Lande die Milch billiger und in

---

1) Quensel-Leipzig, „Bergmannswohl, Unfallnervenheilanstalt der Knappschafts-Berufsgenossenschaft zu Schkeuditz“ (Bezirk Halle a. S.). Ärztl. Sachverständ.-Ztg. 1911, 15./V., Nr. 10, S. 201.

2) Horst Strassner, „Die Diätküche in der Medizinischen Klinik zu Halle a. S.“ Ztschr. f. physik. u. diät. Therap. 1911, Bd. XV, Heft 4, S. 204—207.

3) „Die Küche in Massenverpflegungs-Anstalten für Kranke und für Gesunde“. Ztschr. f. Hyg. u. Inf. 1911.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Speisezettel für die Woche vom 19./II. bis 25./II. 1911.

Tag	Datum	Frühstück	Mittagkosten	Abendkosten
Sonntag	19./II.	Schmalz-schnitten	Suppe, Kalbsbraten, Kartoffeln, Pflaumenkompott	Heringssalat und Schnitten, Tee
Montag	20./II.	„	Brühreis, Rindfleisch	Quark, Kartoffeln
Dienstag	21./II.	„	Suppe, Haschee-Kartoffeln	Kakao, Schnitten
Mittwoch	22./II.	„	Grüne Bohnen, Rindfleisch	Bratkartoffeln und Milchsuppe
Donnerstag	23./II.	„	Suppe, Leber und Kartoffeln	Kartoffelsuppe, Schnitten
Freitag	24./II.	„	Suppe, Backobstklösse	Rollmops, Kartoffeln
Sonnabend	25./II.	Belegte Schnitten	Sauerkohl, Kartoffeln, Wellfleisch	Wurstsuppe, Wurstschnitten

Speisezettel für die Woche vom 26./II. bis 4./III. 1911.

Sonntag	26./II.	Schmalz-schnitten	Suppe, Schweinebraten, Kartoffeln, Rote Bethe	Käseschnitten, Tee
Montag	27./II.	„	Linsen, Würstchen	Quark, Kartoffeln
Dienstag	28./II.	„	Suppe, falscher Hase, Kartoffeln	Häckerleschnitten, Tee
Mittwoch	1./III.	„	Kohlrüben, Schweinefleisch	Kartoffelsuppe, Schnitten
Donnerstag	2./III.	„	Suppe, Königsberger Klopse, Kartoffeln	Kakao, Butterschnitten
Freitag	3./III.	„	Hefekuchen, Obstsuppe	Salzheringe, Kartoffeln
Sonnabend	4./III.	Belegte Schnitten	Wellfleisch, Sauerkohl, Kartoffeln	Wurstsuppe, Wurst, Schnitten

Speisezettel für die Woche vom 5./III. bis 11./III. 1911.

Sonntag	5./III.	Schmalz-schnitten	Suppe, Schweinebraten, Kartoffeln, Rote Bethe	Leberwurstschnitten, Tee
Montag	6./III.	„	Suppe, gebratene Klopse, Kartoffeln	Fettstippe, Kartoffeln
Dienstag	7./III.	„	Schmorwurst, Kartoffeln, Sauerkohl	Schnitten, Suppe, Wurst
Mittwoch	8./III.	„	Suppe, Karbonaden, Kartoffeln	Griewen, Schnitten, Kaffee
Donnerstag	9./III.	„	Suppe, Gullasch, Kartoffeln	Blutwurstschnitten, Tee
Freitag	10./III.	„	Suppe, Zimmetreis, Backobst	Marinierter Hering, Kartoffeln
Sonnabend	11./III.	Belegte Schnitten	Pökelfleisch, Erbsenpüree, Sauerkohl	Quark, Kartoffeln

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Berlin teurer, das Gleiche ist der Fall mit den Kartoffeln. Denn die Anstalt kauft diese Rohprodukte gleich vom Produzenten oder gar vom Acker weg. Aber sonst sind alle Lebensmittel, auch Butter, in der Grossstadt wesentlich billiger. Das, was die Güte und Billigkeit der Wirtschaftsführung in der Templiner Anstalt erleichtert, ist die Küchenkontrolle.

Diese Kontrolle ist hier eine überaus strenge und sachgemäss genaue. So kann es vorkommen, dass der Direktor in seinem Bureau aus der Monatstabelle ersieht, man hat in der Küche während eines Monats billiger oder teurer gewirtschaftet als in einem anderen gleichen Zeitraum vor Jahren, oder man hat in dem einen Monat eine grössere Anzahl von Würsten, Heringen u. dgl. in der Küche verarbeitet als in demselben Zeitraum vorher. Eine Frage des Direktors an die Küchenwirtschafterin, worauf das zurückzuführen ist, versetzt diese oft in nicht geringes Erstaunen darüber, wie eine solche scharfe und strenge Kontrolle, fern vom eigentlichen Schauplatz, überhaupt nur möglich sein kann. Allgemein muss stets die Küchenverwaltung vor der über ihr stehenden, die Küchenkontrolle führenden Anstaltsverwaltung Angst, nicht bloss Respekt und Achtung haben. Denn anderenfalls kommt gar zu leicht eine Misswirtschaft zustande. Handelt es sich doch um äusserst wertvolle und kostspielige Objekte in den Viktualien, die die Küche, wenn sie ohne Berechnung „aus dem Vollen“ heraus wirtschaftet, gar zu leicht über alle Massen verbrauchen kann. Daher kommt meistenteils folgende Tatsache zum Vorschein. Wenn in einer Anstalt der die Küchenkontrolle führende Verwaltungsdirektor mit seiner Gattin einige Wochen seine Ferienreise macht, stellt sich regelmässig eine Unterbilanz ein, und zwar ohne dass etwa irgendwelche Veruntreuungen zu beklagen wären, oder ohne dass auf der anderen Seite die Küche bedeutend besser und schmackhafter würde. Bekannt ist die Regel des Kochbuchs, in dem immer angegeben ist: „Man nimmt“, „man nehme“. Aber woher man nimmt, das ist gerade nicht angegeben.

Freilich muss die Vertretung der Küchenkontrolle eine hierzu besonders geeignete und geschickte Persönlichkeit sein, die sich für diese Materie interessiert. Sonst wirtschaftet man bald mit Unterbilanz. Die Küchenkontrolle muss mit Sachkenntnis und Fachkunde auch Geschäftsklugheit verbinden. Anderenfalls wiederholen sich die bekannten Erlebnisse, wie wir sie aus dem Prozess der Irrenanstalt in Mecklenburg oder aus dem Prozess der Kieler Werftverwaltung mit Erstaunen gehört haben. Die Kontrolle war in beiden Fällen eine ordnungsmässig genaue. Aber ihr fehlte in beiden Fällen die geschäftliche Sachkunde. Diese ist gleichfalls erforderlich.

In den modernen kaufmännischen Betrieben ist durch die bis ins kleinste Detail geordnete Buch- und Kassenführung und durch

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

eine ständige automatische Kontrolle der Angestellten untereinander die Möglichkeit der Übervorteilung so erschwert worden, dass das dazu gehörige Raffinement nur selten von jemandem aufgebracht wird, selten wenigstens im Verhältnis zur Zahl der Unternehmungen und der Angestellten. Erschwerend kommt noch hinzu, dass in den meisten Betrieben eine Unterschlagung von einem einzelnen Angestellten überhaupt kaum mehr ausgeführt werden kann. Er muss sich dazu erst mit einem anderen Kompagnon noch verbinden. Beruht doch der ganze Wert eines jeden kaufmännischen Systems auf der durchgeführten Kontrolle, die die kleinsten Versehen, Nachlässigkeiten oder Unregelmässigkeiten sofort aufdeckt. Mag ein Chef seinem Angestellten persönlich das grösste Vertrauen entgegenbringen, sein Kontrollsystem macht das gleiche Misstrauen gegen jeden Angestellten in gleicher Weise zur Voraussetzung. Aber jedes System wird nichtig und nutzlos, wenn es nicht von gelerntem und darin bewandertem Personal gehandhabt wird. Keinem tüchtigen Kaufmann würde es etwa einfallen, seine Bücher oder seine Kasse von jemandem führen zu lassen, der nicht ganz speziell für diese Gebiete vorgebildet ist.

Die Unterschlagungen in Höhe von 271 000 M., die jetzt beim Roten Kreuz durch den bereits seit Jahren geisteskranken Schatzmeister im Ehrenamt ausgeführt sind, zeigen, dass unsere kaufmännischen Betriebe doch noch nicht allgemein vorbildlich gewirkt haben für die Vermögensverwaltung unserer grossen Wohlfahrtsvereine.

Dasselbe könnte sich möglicherweise in den Verwaltungen von grossen Anstalten ereignen. Deshalb gilt es für die Küchenverwaltungen der Heilanstalten, einmal sachverständige und zugleich auch kaufmännisch geschulte Kräfte zur Kontrolle heranzuziehen und zweitens den Zwischenhandel zu umgehen und möglichst selber die wichtigsten und massenhaft nötigen Rohmaterialien zu produzieren.

Hat man damit doch schon in Wirklichkeit den Anfang gemacht, wenn auch noch nicht methodisch und systematisch an allen Orten, sondern bloss gelegentlich und zufällig in einigen Städten. So produziert das altehrwürdige Juliushospital in Würzburg seinen eigenen Wein und verkauft sogar in einer im Spital selbst belegenen Weinstube Wein, kalte Küche und andere Erfrischungen an Gäste von der Strasse. Ebenso unterhält dieses Spital eine eigene Bäckerei im Kellergeschoss. Der Eingang ist von der Strasse, so dass aus dieser Spitalsbäckerei gleichfalls an das grosse Publikum Backwaren verkauft werden. Auch das Bürgerhospital in Strassburg hat seine eigenen Weinberge und eigene Bäckerei.

Von neueren Anstalten hat Düsseldorf Schlächterei und Bäckerei in eigene Regie genommen. Das Innsbrucker Krankenhaus, dessen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

mustergiltigen Betrieb ich [1]) eingehend hervorgehoben habe, hat Hühner-, Kaninchen- und Schweinezucht. Johannistal, die Heil- und Pflegeanstalt der Rheinprovinz, hat auf ihrem Gelände von 136 ha eigene Bäckerei, eine grössere Anzahl von Schweinen (350 bis 400), 40 Kühe und sogar zwei eigene Futterküchen (35+9 qm = 44 qm).

Für eine Stadt wie Berlin würde es sich gewiss verlohnen, solche Hühner-, Kaninchen-, Schweinezucht und sogar Kühe für die Krankenanstalten zu unterhalten. Der Dung der Kühe würde für die Felder der Grossstadt verwertet werden können. Dagegen könnten die Städte getrost sparen an der heute so modernen Ausgestaltung von Tierställen zu experimentellen Zwecken. Diese dienen der grauen Theorie, der Wissenschaft und dem Experiment, nicht der Praxis, der Heilung. Das städtische Krankenhaus ist aber nicht zum Studium da. Das Experiment ist sicher nicht der erste und der letzte Endzweck im Krankenhaus. Das Tierexperiment ist nicht der Angelpunkt, um den sich der eigentliche Zweck der städtischen Anstalt dreht. Die städtischen Spitäler sind für die Heilung der kranken Menschen bestimmt, für nichts anderes. Deshalb sollte man von der mit einem Mal modern gewordenen Überschätzung der Tiere im Krankenhaus zu experimentell-wissenschaftlichen Zwecken der theoretischen Spekulation abgehen. Man sollte im Betrieb der städtischen Krankenhäuser keine Tierställe zu wissenschaftlichen theoretischen Studien mehr bauen und keine Tierzucht im städtischen Spital zu Forschungszwecken mehr anlegen. Diese Ausgaben sollte man sparen und dafür zu ganz anderen praktischen Zwecken, die der Heilung der kranken Menschen dienen, Tierzucht anlegen.

Und in der Tat plant die Stadt Berlin eine städtische Schlächterei und Wurstfabrikation.

Die Stadtgemeinde Berlin beabsichtigt, wie die „Allgemeine Fleischer-Ztg." im Juli mitteilte, zur Fleisch- und Wurstversorgung der städtischen Kranken- und Arbeitshäuser sowie der Erziehungsanstalten eine eigene Schlächterei und Wurstmacherei in den Räumen der früheren Talgschmelze von Amt & Co. auf dem Terrain des Kleinviehschlachthofes zu errichten. Wenigstens sind die erwähnten Lokalitäten daraufhin besichtigt worden. Das genannte Blatt knüpft an diese Meldung die Erwartung, dass die Berliner Stadtverordnetenversammlung dem Projekt seine Zustimmung versagen werde. Die Versorgung städtischer Anstalten mit Fleischwaren aus eigenen Schlächtereibetrieben der Stadt ist jedoch durchaus nichts neues. Auf dem unweit Buch gelegenen städtischen Rieselgut Hobrechts-

---

1) „Die Dezentralisation der Küchen im Krankenhaus". Reichs-Medizinal-Anzeiger 1911.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

felde befindet sich seit langem eine Schlächterei und Wurstmacherei in städtischem Betrieb, die an die mit den Rieselgütern in Verbindung stehenden Anstalten die nötigen Fleischwaren liefert.

Zur Erleichterung der Verwaltung ist fernerhin die Errichtung einer Hauptzentrale nach dem Vorbild der Geschäftsmänner recht angebracht. Das hatte ich [1]) bereits empfohlen. Eine Zentrale für den Einkauf nach dem Muster von Aschingers Zentrale würde bei dem Massenkonsum, wie ihn eine hohe Anzahl von städtischen Krankenhäusern in der Grossstadt bedingt, wesentliche Erleichterungen schaffen können. Ebenso würde auch eine Zentralbäckerei ebenfalls nach dem Vorbilde von Aschingers Zentralbäckerei eine Preiserniedrigung und zugleich eine Verbesserung der Qualität bedingen. Die Stadt Cöln hat eigene Bäckerei und sogar eigene Brauerei einzig und allein für ihre drei städtischen Krankenanstalten. Diese Art kann die Preiserniedrigung, aber auch die Frische der Backwaren eher ermöglichen, als der jetzige Betrieb. Aus der Zentral-Bäckerei von Aschinger wird nach allen Restaurationsräumen dieser Firma in der Stadt jede Stunde frische Backware geliefert. Selbst bei der Sonntagsruhe erhalten die grossen Restaurants mit eigener Bäckerei den ganzen Tag und die ganze Nacht hindurch auch an allen Feiertagen stündlich frische Backwaren. In den grössten und komfortabelsten Krankenhäusern von Gross-Berlin erhalten aber nicht einmal die Ärzte öfter als ein, höchstens zwei Mal täglich frische Bäckereien. Im Krankenhaus Charlottenburg-Westend petitionierten die Ärzte, wie ich [2]) bereits hervorhebe, zu wiederholten Malen, dass man ihnen öfter als ein oder zwei Mal frische Brödchen liefere. Ihre Wünsche konnten aber seltsamerweise nicht erfüllt werden.

Dann wird sich auch die Ansicht manches theoretischen Laboranten ändern, der in städtischen Krankenhäusern Laboratoriums-Wissenschaft macht. So sagt der Privatdozent für Physiologie, der am städtischen Krankenhaus Friedrichshain im Laboratorium tätig ist, Prof. Boruttau, gelegentlich der Besprechung meines Buches: „Die Alkoholfrage im Lichte der modernen Forschung. Kritisches und Antikritisches", Leipzig 1909, Veit & Co., in der Deutschen Med. Wochenschr. 13. April 1911, Nr. 15, Lit.-Ber. S. 712 folgendes von mir:

„Er benutzt die Gelegenheit, um im Hauptteil der Schrift für die bessere Würdigung des Geschmacks und Appetits, insbesondere

---

1) „Die Küche in der modernen Heilanstalt", 1909. Stuttgart, F. Enke. S. 53.

2) „Die Krankenküche in den Hospitälern", 1908. Ztschr. f. Krankenanstalten. Leipzig, F. Leineweber. S. 25.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

auch in der Krankenküche zu agitieren. Dass aber auch die schmackhafteste und gewürzteste Kost bei steter Wiederholung zu viel werden, „sättigen“ kann, weiss wohl niemand besser als der Verfasser. Vielleicht entschliesst er sich deshalb, seinen medizinischen Lesern auch bald mal was anderes vorzusetzen?! Oder muss er erst die Erfahrung machen, dass er als Wüstenprediger ungehört verhallt, weil auch die reichste Behörde in ihren Krankenhäusern nicht ausschliesslich Leckerbissen reichen kann.“

Der am städtischen Krankenhaus im Laboratorium arbeitende Prof. Boruttau sollte doch wirklich ein bisschen aufmerksamer die Literatur verfolgen. Bloss das Laboratorium ist ja doch nicht unser ganzer Horizont. Das blosse Laboratorium ist ja doch nicht unsere ganze Welt. Dann hätte er das Gegenteil bemerken müssen, dass meine Worte im Sinne der Reformierung der Krankenhausküche doch nicht wie die Worte des Wüstenpredigers ungehört verhallen.

Denn schon wird meine Idee zur Reform des Baues der Heilanstalt nach Massgabe der Krankenhausküche akzeptiert und sogar annektiert. In demselben Blatt, der Deutschen Med. Wochenschr. 1911, bloss 63 Seiten vorher, Nr. 14, S. 649, also justement eine Woche zuvor, erscheint soeben eine Arbeit „aus der I. Medizinischen Klinik der Kgl. Charité (Direktor: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. W. His)“ — also schon wiederum aus dem „Laboratorium“ — und dem Atelier von Geh. Baurat Schmieden, Regierungsbaumeister Boethke, Architekten in Berlin: „Vorschläge zur Weiterentwickelung des Krankenhausbaues“, von Dr. med. H. Adam und den Architekten Schmieden und Boethke, in der die vier Autoren lediglich meinen Anregungen folgen. Ich [1]) führe sogar den Nachweis in meiner Arbeit: „Der Bau des Krankenhauses der Zukunft“, dass die bedeutendsten Baumeister von Krankenhäusern, Schmieden, Boethke und Ruppel, bisher Fehler begangen haben, dass nicht mehr wie bisher das Operationshaus den Bautypus bestimmen darf, sondern das Kochhaus.

Neben der Zentralisierung des Einkaufs der Rohmaterialien und der Umgehung des Zwischenhandels durch eigene Produktion und durch Viehzucht ist es die sachgemässe Küchenkontrolle, welche die Krankenhausverwaltung und Krankenküche von den Anstalten für Gesunde lernen kann.

Freilich bestehen prinzipielle Unterschiede zwischen beiden Arten von Anstalten. Die Kranken sind zu einem Teil auf flüssige Diät, Fleisch- und Milchsuppen angewiesen. Daher muss sich die

---

1) „Der Bau des Krankenhauses der Zukunft“. Prag. med. Woch. 1911, Nr. 40, v. 5. Okt., S. 518—522.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Krankenhausküche sogar billiger noch stellen als die Küche für Gesunde. Allerdings ist nicht zu verkennen, dass sich die Beköstigung dadurch wiederum etwas teurer stellen wird für das Krankenhaus, weil man in der Heilanstalt nicht so gleichmässig für alle eine einzige Diät zubereitet. Daher bedarf man da doch mehr Personal. Allein die Beköstigung wird durch die Gehälter an Personal immerhin nur unwesentlich verteuert. Auch lässt man in vielen Krankenanstalten, z. B. in Entbindungsanstalten und Kliniken für Frauenkrankheiten, die Insassen mitkochen, mitbedienen und mithelfen. Ich [1]) habe das auch in der Frauen-Universitäts-Klinik in Giessen gesehen. Zudem sind doch die weitaus meisten Kranken in den Anstalten regelmässig appetitlos, jedenfalls nicht solche Fresser, wie die jungen Leute männlichen Geschlechts von 16—19 Jahren. Ganz gewiss ist die Gewichtszunahme der Kranken im Krankenhaus nicht eine so ungeheure und regelmässige, wie die der jungen Forstlehrlinge. Auch wird man einen derartigen Anspruch der Gewichtszunahme aller Insassen an keine Krankenhausküche stellen.

Bemerkenswert ist die Tatsache: In dem Verpflegungssatz von 1 M. in der Templiner Anstalt sind alle Unkosten miteinbegriffen, Feuerung, Gehälter, Beköstigung der drei Küchenangestellten. Im Etat der Krankenhäuser sind diese Unkosten niemals im Verpflegungssatz miteinbegriffen. Vielmehr werden die Unkosten in ein ganz anderes Ressort einbezogen. Daher kann man im grossen Krankenhaus auch bei der heute zunehmenden Teuerung mit einem Verpflegungssatz bis zu 1 M. pro Kopf und Tag sehr gut auskommen.

Schliesslich handelt es sich bei den modernen Krankenhäusern nicht bloss um eine so geringe Zahl von 50, die zu beköstigen sind. Oft kommen Tausende in Betracht. Die Küche wird aber sofort und ungleich billiger, je grösser die Anzahl der zu Verpflegenden wird. Und diese Kostenersparnis wächst sogar unverhältnismässig!

Die Hauptsache eben für gute und doch zugleich ökonomische Wirtschaft der Küche ist und bleibt die Organisation des Betriebs. Mit Recht setzen die Klassiker der gewerblichen Küche, Urbain Dubois et Émile Bernard [1]), chefs de cuisine de L. L. M. M. l'Empereur et l'Impératrice d'Allemagne, ihrem Werke: „La cuisine classique, études pratiques, raisonnées et démonstratives de l'école française", das Motto voran: „En cuisine, on peut briller selon son aptitude, par le luxe, la variété, le goût parfait, les soins délicats; mais, parmi les qualités indispensables au praticien, nous mettons,

1) „Alte und neue Anstaltsküchen in den Kliniken der Universität Giessen". Fortschr. d. Med. 1911, Nr. 21, S. 2.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

en première ligne, la science organisatrice et la connaissance approfondie de toutes les branches de l'art".

Wenn also die Klage erhoben wird, dass die Küche im Krankenhaus keine gute ist, und wenn vollends die zweite Klage zugefügt wird, dass man mit 1 M. pro Kopf und Tag im Krankenhaus keine gute schmackhafte Küche herstellen kann, dann beweist man mit diesen beiden Klagen evident das Eine. Das ist die vollkommene objektive Unkenntnis der Wirtschaft von Küche, Krankenküche und Krankenhausküche.

---

1) Paris 1886, deuzième édition.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Säuglingsfürsorge in Barmen.

III. Mitteilung

von

Dr. Th. Hoffa, leit. Arzt des Säuglingsheims.

Bericht über das Säuglingsheim zu Barmen

für die Zeit vom 1. April 1910 bis 31. März 1911.

Die Arbeit des Säuglingsheims hat sich im Berichtsjahr in sehr erfreulicher Weise weiterentwickelt.

Es wurden 278 Kinder stationär verpflegt gegen
242 „ im Jahre 1909/10
205 „ „ „ 1908/09
158 „ „ „ 1907/08.

Tabelle 1 gibt eine Übersicht über die Verteilung auf die einzelnen Abteilungen (Säuglingsheim: SH = Kinder unter einem Jahr, Kinderheim: KH = Kinder jenseits des ersten Jahres).

Tabelle I.

	SH	KH	Insgesamt
a) Bestand am 1./IV. 10	32	7	39
b) Zugang vom 1./IV. 10 bis 31./III. 11 . .	196	43	239
c) Gesamtzahl der Verpflegten (a+b) . .	228	50	278
d) Abgang vom 1./IV. 10 bis 31./III. 11 . .	179	54 [1])	233
Bestand am 1./IV. 11	36	9	45

Tabelle II.

Anzahl der Verpflegungstage.

1910	April	1462	1910	September	1255	1911	Februar	1341
	Mai	1485		Oktober	1142		März	1363
	Juni	1391		November	1248			16575
	Juli	1578		Dezember	1336			
	August	1614	1911	Januar	1360		(1909/10: 15523).	

1) Ein Teil davon während der Berichtszeit aus SH nach KH verlegt.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die Zahl der Verpflegungstage hat also um 1052 gegen das Vorjahr zugenommen.

Die durchschnittliche Verpflegungsdauer des einzelnen Kindes betrug 59,6 Tage (gegen 64,1, bzw. 73, bzw. 80 in den Vorjahren); sie ist also in beständiger Abnahme begriffen.

Die durchschnittliche tägliche Belegung der Anstalt betrug 45,4 Kinder (gegen 42,5, bzw. 41, bzw. 37,6 in den früheren Jahren); die stärkste Belegung wurde am 13./VIII. 10 erreicht mit 57 Kindern.

Die für 50 Betten berechnete Anstalt war wochenlang überbelegt, die Durchschnittsbelegung (45,4) nähert sich schon stark der vorgesehenen Höchstziffer (50). Es machte sich bisweilen schon der Mangel an genügenden Nebenräumen (Personalräumen, Isolierzimmern) recht empfindlich bemerkbar.

Von den 239 im Berichtsjahr aufgenommenen Kindern wurden 16 je zweimal aufgenommen. Von den nach Abzug dieser Dubletten verbleibenden 223 Kindern waren

119 Knaben, 104 Mädchen; ehelich 160, unehelich 63.

Es wurden verpflegt:

in der ersten Klasse	2	Kinder
„ „ zweiten „	21	„
„ „ dritten „	255	„

Es kamen zur Aufnahme:

I. wegen Krankheit	167	Kinder
II. zur Pflege	61	„
III. als Ammenkinder	11	„

Als Ursache der Pflegebedürftigkeit wurde u. a. angegeben:

Krankheit der Mutter in . . .	20	Fällen
Tod der Mutter in	6	„

Tabelle III (S. 397) gibt eine Zusammenstellung der aufgenommenen Kinder nach Altersstufen. Um den Zustand bei der Aufnahme zu charakterisieren, sind für jede Gruppe das Mindestgewicht, Höchstgewicht und Durchschnittsgewicht, sowie das normale Durchschnittsgewicht gleichaltriger, künstlich genährter Kinder und die Differenz zwischen Durchschnittsgewicht der Kinder bei der Aufnahme und Normalgewicht angegeben. Ein Blick auf die Tabelle zeigt, dass es gerade wie in den früheren Jahren sich um ein recht dürftiges, stark untergewichtiges Material handelt, dass also das Gros der Kinder der Anstaltspflege dringend bedürftig war. Und die an diesen Kindern erzielten Ergebnisse (s. u.) sind wiederum ein glänzender Beweis für die von mancher Seite immer noch bezweifelte Tatsache, dass die gutorganisierte Anstaltspflege von Säuglingen heutzutage Vorzügliches leistet.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Tabelle III.

Alter bei der Aufnahme	Zahl der Kinder	Bei der Aufnahme betrug das Mindestgewicht g	Höchstgewicht g	Durchschnittsgewicht g	Normales Durchschnittsgewicht gleichaltriger Kinder g	Mithin Differenz g
0—7 Tage	5	1820	2790	2352	3390	—1038
8—14 „	16	1730	3800	2947	3500	— 553
15—21 „	12	2410	4250	3166	3680	— 514
22—31 „	7	1800	4030	3246	3800	— 554
1—2Monate	18	1630	4890	3125	4000	— 875
2—3 „	22	2340	5870	3754	5000	—1246
3—4 „	19	1980	6910	4166	5330	—1164
4—5 „	20	3290	6770	4865	6000	—1135
5—6 „	19	3380	6490	4801	7000	—2199
6—7 „	13	3250	6900	5248	7500	—2252
7—8 „	12	4680	7890	6455	7750	—1295
8—9 „	5	3320	8360	6332	8200	—1868
9—10 „	7	3820	10130	7362	8400	—1037
10—11 „	6	5430	7820	6745	8800	—1055
11—12 „	8	4160	10020	7394	9980	—2586
1—2 Jahre	35	5610	13510	8752	11000	—2248
2—3 „	14	6920	13630	9677	13000	—3323

Es erreichten das Normalgewicht gleichaltriger Säuglinge

von	40	Kindern	des	1. Lebensmonats . .	8
„	18	„	„	2. „ . .	3
„	20	„	„	3. „ . .	1
„	19	„	„	4. „ . .	3
„	20	„	„	5. „ . .	2
„	19	„	„	6. „ . .	0
„	13	„	„	7. „ . .	0
„	12	„	„	8. „ . .	3
„	5	„	„	9. „ . .	1
„	7	„	„	10. „ . .	3
„	14	„	„	11. u. 12. „ . .	0
„	35	„	„	2. Lebensjahres . .	4
„	14	„	„	3. „ . .	1

Insgesamt besassen also von 239 Kindern nur 29 = 12 % das ihrem Alter entsprechende Körpergewicht.

33 Kinder waren unter 3000 g schwer, 80 Kinder = 33⅓ % waren bei der Aufnahme weniger als drei Monate alt.

Von den 167 Kindern, die wegen Krankheit aufgenommen wurden, litten an:

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Ernährungsstörungen (akuter und chronischer Art einschl. Intoxikation und Dekomposition)	75
Frühgeburt und Lebensschwäche (Debilitas)	12
Mundentzündung (Stomatitis)	2
Nabel- und Leistenbruch	2
Bronchialkatarrh (einschl. Pseudocroup)	4
Lungenentzündung	9
Nierenentzündung	1
Blasenentzündung (Pyelocystitis)	3
Wasserbruch (Hydrocele fun. spermat.)	1
Phimose	3
Ekzem	10
Abszesse und Phlegmone	1
Pyämie (Eitervergiftung)	1
Lues	1
Ohreiterung	1
Blutarmut (Anämie)	2
Rachitis und Folgezustände (X-Bein usw.)	19
Tetanie, Spasmosphilie	8
Tuberkulose (einschl. tuberk. Hirnhautentzündung, Miliartuberkulose)	10
Encephalitis	1
Hasenscharte	1
Sa.	167

An operativen Eingriffen wurden ausgeführt:

Radikaloperation des Leistenbruchs	2 mal
„ des Nabelbruchs	1 „
„ des Wasserbruchs	1 „
Hasenschartenoperation	1 „
Osteotomie wegen X-Bein	3 „
Eröffnung des Kniegelenks wegen Gelenkvereiterung	1 „
Rippenresektion wegen Brustfelleiterung	1 „
Abszessspaltung	1 „
Entfernung einer kleinen Geschwulst	1 „
Phimosenoperation	9 „
Adenoidenoperation	1 „

Sämtliche operierten Fälle konnten geheilt entlassen werden, mit Ausnahme des Falles von Rippenresektion, wo der Tod an vorgeschrittener Lungentuberkulose erfolgte.

Die Ergebnisse der Behandlung waren im Berichtsjahr wie in den Vorjahren durchaus befriedigend; Schädigungen durch den Anstaltsaufenthalt als solchen wurden nicht beobachtet; nur hatten die Kinder während der Wintermonate öfters unter dem ge-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

häuften Auftreten der endemischen Grippe (Schnupfenfieber) zu leiden. Im Verlauf dieser Endemien kam es in einer Reihe von Fällen zu Mittelohrentzündungen und Lungenentzündungen, die aber sämtlich in Heilung übergingen.

Die guten Heilerfolge bei den Ernährungsstörungen der Säuglinge waren natürlich in erster Linie dadurch bedingt, dass uns stets genügende Mengen Ammenmilch zur Verfügung standen. Von den elf Ammen, die im Berichtsjahre im Heim waren, wurden im ganzen 3137,585 kg Frauenmilch geliefert, d. i. pro Tag durchschnittlich 8,59 kg.

Bei drei Ammen erreichte die tägliche Sekretion für längere Zeit die bedeutende Höhe von über 3 l pro Tag, nämlich 3580 g, bzw. 3540, bzw. 3620 g; drei weitere Ammen erreichten tägliche Sekretionsmengen von 2980, bzw. 2880, bzw. 2500 g.

Es kamen zur Entlassung:

als gesund, bzw. geheilt	185	Kinder
„ gebessert	28	„
„ ungeheilt	9	„

Es starben 21 Kinder. Von diesen 21 Todesfällen erfolgten acht innerhalb der ersten 48 Stunden nach der Aufnahme, ein weiterer nach drei Tagen; bei all diesen Fällen konnte von einem Einfluss der Behandlung noch keine Rede sein. Weiter starben:

4 Kinder an Miliartuberkulose, bzw. tuberkulöser Hirnhautentzündung;

1 Kind an Schrumpfniere nach Pyelocystitis.

Diese 14 Todesfälle scheiden als unvermeidbar ohne weiteres von der Beurteilung aus. Bei den übrigen sieben Fällen handelte es sich um

schwere Ernährungsstörung (Dekomposition, Nephritis usw.) in . . .	3	Fällen
Lungenentzündung bei schwerer Rachitis in	4	„

Die im April 1911 angestellten Nachforschungen nach dem Schicksal der im Vorjahre (1909/10) aus dem Säuglingsheim entlassenen Kinder ergaben folgendes:

Vom 1./IV. 09 bis 31./III. 10 wurden entlassen 185 Kinder. Von diesen waren nach auswärts verzogen oder sonst nicht aufzufinden 26 Kinder, von den übrigbleibenden 159 Kindern waren nach der Entlassung aus dem Säuglingsheim noch gestorben.

1. ein Kind im Alter von unter einem Jahr,
2. neun ältere Kinder.

Die Todesursache war zu 1: Magendarmkatarrh; zu 2:

Bronchitis, Pneumonie	4
Empyem	1
Meningitis	1

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Stickhusten	1
Tuberkulose	1
Unbekannt	1

Wir haben demnach alle Ursache, auch mit den Dauererfolgen der Pflege im Säuglingsheim zufrieden zu sein. Die Säuglingssterblichkeit in Barmen betrug 1910: 9 % der Lebendgeborenen!

Das Säuglingsheim als Lehranstalt.

Die Wirksamkeit einer Anstalt wie des Barmer Säuglingsheimes beschränkt sich nicht auf die direkte Hilfeleistung bei den Pfleglingen, sondern es kommt weiter noch in Betracht die belehrende und aufklärende Tätigkeit durch Verbreitung vernünftiger Anschauungen über Säuglingspflege und -ernährung, vor allem durch Betreiben einer energischen Stillpropaganda. Bei uns wird diese Lehrtätigkeit ausser durch Führungen u. dgl. vor allem geübt durch Ausbildung einer grösseren Zahl gebildeter junger Mädchen in der Säuglingspflege und -krankenpflege. Im Berichtsjahr waren im ganzen 28 solcher junger Damen bei uns tätig, und zwar 18 als „Schülerinnen“ (1jährige Ausbildung) und 10 als „Pensionärinnen“ (¼jähriger Kurs). Ausserdem wurden noch einige Mädchen in der einfachen Kinderpflege ausgebildet. Im ganzen sind seit Bestehen der Anstalt (1907) 76 junge Damen in der Säuglingspflege ausgebildet worden.

Seit 1½ Jahren wird das Säuglingsheim auch nutzbar gemacht für die Zwecke der städtischen „Frauenschule“. Die Schülerinnen (Absolventinnen der Höheren Mädchenschule) bekommen hier ihren Unterricht in der Gesundheitslehre und Kinderpflege. Ich beschränke mich dabei nicht auf die Theorie, sondern lasse die Schülerinnen auch praktisch sich betätigen; sie lernen wenigstens die Elemente der Säuglingspflege (Baden, Temperaturmessen, Kleiden und Füttern der Säuglinge usw.). Diejenigen Frauenschülerinnen, die nach zweijährigem Kurs das Examen als Kindergärtnerin I. Klasse bestanden haben, können dann noch durch halbjährige Tätigkeit als Lehrschwester im Säuglingsheim sich ein Zeugnis als „Säuglingspflegerin“ erwerben.

Finanzielles und Organisatorisches.

Die finanzielle Lage des Säuglingsheims war im Berichtsjahr eine leidlich günstige; durch äusserste Sparsamkeit im Betrieb gelang es, den Etat einigermassen zu balancieren. Für die ausgezeichnete Rechnungs- und Kassenführung ist der Verein dem Kassierer Herrn Rud. Weth zu ausserordentlichem Danke verpflichtet. Alle Einzelheiten ergeben sich aus den nachstehenden Abschlüssen. Die Kosten eines Verpflegungstages betrugen 2.58 M.[1]).

1) Unter Ausschluss der Aufwendungen für die Kapitalverzinsung kostete der Verpflegungstag 2.40 M.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Generated on 2019-12-14 17:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google

Bilanz des Barmer Vereins für Säuglingsfürsorge
am 31. März 1911.

Aktiva.

Fol. 10.	Gebäude	M. 115890.35		
	Abschreibung 2 %	2317.80	113572.55	
11.	Inventar	7291.70		
	Abschreibung 5 % .	364.60	6927.19	
12.	Milchküche	2333.70		
	Abschreibung 5 % .	116.70	2217.—	
13.	Waschküche	4711.05		
	Abschreibung 5 % .	235.55	4475.50	
14.	Wäsche-Cto. 12906.40			
	Zugang 2138.81	15045.21		
	Abschreibung 10 % .	1504.50	13540.71	
26.	Kasse		2125.95	
25.	Städtische Sparkasse .	1097.93		
	Zugang und Zinsen .	11053.66	12151.50	
			M. 155010.40	

Passiva.

Fol. 2/3.	Hypothek d. Landesbank	M. 66950.—		
	Abzahlung	1698.86	65251.14	
6.	Hypothek Frau Wolff .	15000.—		
	Abzahlung	1500.—	13500.—	
28.	Creditoren		1728.31	
22.	Freibetten-Fond . . .	2484.17		
	Zugang	13005.83		
		15490.—		
	Kosten	1877.50	13612.50	
30.	**Vermögen**	62157.66		
32.	**Verlust- u. Gewinn-Cto.**			
	Verlust	1239.21	60918.45	
			M. 155010.40	

Original from UNIVERSITY OF IOWA

Soll. **Verlust- und Gewinnrechnung** Haben.

am 31. März 1911.

Aufwendungen:			**Einnahmen:**		
Wirtschaftsbedürfnisse	M. 15543.14		Pflegegelder	M. 30793.60	
Gehälter und Löhne	8246.44		Jährliche Beiträge	10360.10	
Gas	807.40		Liebesgaben	330.40	
Wasser	819.56		Hausbüchse	61.41	
Elektrizität	941.36		Pension und Kleidergelder	3415.46	
Kohlen	2463.47		Milchküche	615.72	
Reparaturen	3870.20		Zinsen	416.65	
Milchküche	3266.03		Verschiedenes	229.32	46222.66
Station	2530.10				
Zinsen	3100.11		Verlust		1239.21
Verschiedenes	1334.92	42922.72			
Abschreibungen:					
Gebäude	2317.80				
Inventar	364.60				
Milchküche	116.70				
Waschküche	235.55				
Wäsche	1504.50	4539.15			
		M. 47461.87			M. 47461.87

Original from UNIVERSITY OF IOWA
Digitized by Google
Generated on 2019-12-14 17:53 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Seinem erweiterten Wirkungskreis entsprechend, hat der Verein „Krippe und Kinderheim (e. V.)“ — so hiess der Träger des Säuglingsheims bisher — Namen und Satzung geändert. Der Verein heisst seit Anfang 1910 „Verein für Säuglingsfürsorge (e. V.) in Barmen“; als Zweck des Vereins ist im § 1 der Satzungen angegeben:

„Der Zweck des Vereins ist die Fürsorge für alle hilfsbedürftigen Kinder des ersten und zweiten Lebensjahres in der Stadt Barmen. Diesem Zwecke dient

1. das vom Vereine betriebene und unterhaltene Säuglingsheim,
2. die Überwachung der besonders gefährdeten Kinder durch Arzt und Pflegerin in der Aussenpflege,
3. Veranstaltungen zur Beschaffung einer einwandfreien Kindermilch.

Ein wirtschaftlicher Geschäftsbetrieb ist von der Tätigkeit des Vereins ausgeschlossen.“

Offene Säuglingsfürsorge.

Die offene Säuglingsfürsorge erstreckte sich wie in den Vorjahren: 1. auf die eigentlichen Haltekinder, 2. auf die unehelichen Kinder und 3., soweit erforderlich, auf die aus dem Säuglingsheim entlassenen Kinder. In Aussicht genommen ist für die nächste Zeit die Ausdehnung der Fürsorge auf die Säuglinge aus armenunterstützten Familien.

Die Zahl der zu beaufsichtigenden Kinder stieg von 438 im Jahre 1909/10 auf 544 im Jahre 1910/11; davon waren eigentliche Haltekinder 214, uneheliche Kinder 218, aus dem Säuglingsheim entlassene Kinder 112. Von den unehelichen Kindern kamen nachträglich noch 33 in Pflege, von den aus dem Säuglingsheim entlassenen sieben.

Die Fürsorgeschwester hatte täglich etwa 20—25 Besuche zu machen.

Die Frequenz der ärztlichen Beratungsstunde hat sich bedeutend gehoben, so dass im Oktober 1910 eine zweite wöchentliche Sprechstunde eingerichtet werden musste. In 73 Sprechstunden wurden 800 Beratungen erteilt. Der Gesundheits- und Pflegezustand der Haltekinder war durchgehends ein ganz vortrefflicher.

Bei den in der eigenen Familie untergebrachten unehelichen Kindern, auf die wir keine grosse Einwirkung haben, bleibt noch mancherlei zu bessern. Hier wäre ein energischeres Eingreifen durch die Berufsvormundschaft dringend erwünscht.

In der Milchversorgung der Stadt Barmen haben wir einen bedeutsamen Fortschritt zu verzeichnen. Es ist uns gelungen, mit Herrn August Rittershaus, dem Besitzer eines auf Barmer Ge-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

biet „Vor der Hardt“ gelegenen Gutes, einen Vertrag über Lieferung einer Vorzugsmilch abzuschliessen. Die sehr sauber gewonnene Milch wird sofort tiefgekühlt, in 15 Literkannen zum Säuglingsheim gefahren; dort wird die Milch für die Abnehmer in der Stadt in Flaschen zu je 450, 750 und 1000 g gefüllt und dann alsbald in mit Kühlvorrichtung versehenem Wagen ins Haus gebracht. Der Stall, die Milchgewinnung und der Transport stehen unter Aufsicht des Säuglingsheims und des städtischen Polizeitierarztes. Der Preis beträgt bei Lieferung ins Haus: für 450 g 15 Pf., für 750 g 25 Pf., für 1 l 35 Pf. Milchmischungen in gebrauchsfertigen Einzelportionen werden nur auf ärztliche Verordnung in der Milchküche des Säuglingsheims hergestellt und müssen dort abgeholt werden.

Schliesslich hat der Verein für Säuglingsfürsorge auf meine Veranlassung die Anregung gegeben zur Gründung eines „Hauspflege“-Vereins, der demnächst ins Leben treten wird. Dieser Verein bezweckt die Aufrechterhaltung des Haushalts in Fällen von Behinderung der Hausfrau, bzw. Mutter durch Wochenbett oder Krankheit. Er stellt dann eine ältere ordentliche Frau als Vertreterin der Mutter; diese Helferinnen (nicht Krankenpflegerinnen) haben für den Mann, die Kinder und den gesamten Haushalt (Waschen, Kochen, Putzen) zu sorgen. Namentlich soll es durch diese Einrichtung auch Müttern mit zahlreichen Kindern ermöglicht werden, zur Entbindung das vorzüglich eingerichtete „Wöchnerinnenheim“ des Vaterländischen Frauenvereins aufzusuchen, ohne dass sie zu befürchten haben, es werde in dieser Zeit ihr Haushalt verwahrlost werden.

Es braucht wohl nicht besonders betont zu werden, dass ein solcher „Haushilfsverein“, richtig geleitet und betrieben, einen ausserordentlich wirksamen „Mutterschutz“ darstellt, und da Mutterschutz immer noch der beste Säuglingsschutz ist, so hat der Barmer Verein für Säuglingsfürsorge mit der Anregung zur Gründung dieses Vereins zweifellos etwas Gutes für die seiner Obhut anvertrauten Säuglinge getan.

Generated on 2019-12-14 17:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA

Literaturbericht.

Kolle und **Hetsch, Die experimentelle Bakteriologie und die Infektionskrankheiten.** (Berlin Wien 1911. Urban & Schwarzenberg. 968 S.)

Die experimentelle Bakteriologie von Kolle und Hetsch, deren Vorzüge bei den früheren Auflagen bereits gewürdigt wurden, liegt ummehr in dritter umgearbeiteter und wesentlich erweiterter Auflage vor. Die auffälligste Veränderung ist die durch Vergrösserung des Umfanges gebotene Zerlegung in zwei Teile, von denen der erste Band bis zur 33. Vorlesung reicht, während der zweite schnell nachgefolgte die Vorlesungen 34—59 umfasst.

Mehr oder weniger umfassend umgearbeitet sind die Vorlesungen über die Allgemeine Biologie der pathogenen Mikroorganismen, über Infektion, Desinfektion, Immunität Opsonine und Bakteriotropine, Paratyphus, Ruhr, Gasbazillus, Tetanus, Rauschbrand, malignes Ödem, Spirochaetosen, Syphilis, Protozoën, Trypanosen, Piroplasmosen. Pocken, Malaria.

Neue Kapitel über Überempfindlichkeit (Anaphylaxie) Trichinose, Filariose, epidemische Kinderlähmung, Papataccifieber, Weil'sche Krankheit, Sporotrichose, Trachom, Verruga Peruviana sind neu hinzugekommen.

Die einzelnen Kapitel geben eine klare und abgerundete Darstellung der modernen Forschungsergebnisse. Das Verständnis wird dabei wesentlich unterstützt durch den reichen Bilderschmuck des Buches, zahlreiche farbige einseitig gedruckte Tafeln und viele Textillustrationen, welche wieder viele Vermehrungen erfahren haben.

Das Werk eignet sich dadurch wie kaum ein zweites, um einen schnellen und zuverlässigen Überblick über den heutigen Stand unsers Wissens zu gewinnen. Die Ausstattung ist vorzüglich, die Tafeln bis auf wenige Ausnahmen meist sehr gut gelungen.

Wir können dem Werke nur die weiteste Verbreitung wünschen. Czaplewski (Cöln).

Kirchner, Schutzpockenimpfung und Impfgesetz. (Berlin 1911. Rich. Schoetz)

Durch seine Stellung und Erfahrung dürfte kein Autor so kompetent sein über dies Thema zu schreiben, wie Martin Kirchner.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Angesichts der neuen gewaltigen Anstrengungen der Impfgegner, das bisherige Impfgesetz zu Fall zu bringen, und der bekannten Petition, welche noch unentschieden ist, muss Kirchner's Buch um so freudiger begrüsst werden, als es, zum Preis von nur M. 1.— weitesten Kreisen zugänglich, für Freunde und Feinde der Impfung gleich wertvoll ist.

Angenehm berührt die ruhige, sachliche, objektive Erörterung dieser so heiss umstrittenen Frage, welche jedem Nichtsachverständigen ein eignes Urteil sich zu bilden ermöglicht. Mit dem Schluss der Einleitung: ich kann nur hoffen und wünschen, dass dies — die Bildung des eigenen Urteils — ohne Vereingenommenheit geschehen möge, welche die Rücksicht auf den Ernst der Angelegenheit und das Wohl des deutschen Volkes erfordert", charakterisiert Verf. am besten seine dazu besonders helfende Arbeit.

Wesen, Verlauf und Verbreitung der Pocken und deren Folgen, Behandlung, Verhütung und Bekämpfung derselben werden kurz und klar geschildert, die Impfung in ihrer Entwickelung, Ausführung und Bedeutung in Deutschland wie im Ausland in anregender, streng sachlicher Weise erörtet. Die Kapitel 11: „die Impfgegner" und 12: „die Angriffe der Impfgegner gegen Schutzpockenimpfung und Impfgesetz" sollte jeder Impfgegner mit Ruhe und Gewissenhaftigkeit gründlich studieren, wo Hunderte und Tausende ohne jede eigene Prüfung längst widerlegte Entstellungen und Übertreiben, z. T. Unwahrheiten kolportieren und unkritische Laien damit irre führen. Auch die Kritik der neusten Anträge der Impfgegner zum Impfgesetz, so herbe sie ist, entspricht allein dem Rechtssinn und Wahrheitssuchen des so kompetenten Verfassers. Ref. schliesst sich den Schlussworten vollständig an in ihrem Urteil, wie ihrem Hoffen: Seit Durchführung des Impfgesetzes vom 8. IV. 1874 ist die Pockensterblichkeit in Deutschland minimal. Die Impfzwanggegner, welche, unbeeinflusst durch die Zahlen der Statistik und die Gründe der Vernunft, an der traurigen Arbeit sind, womöglich die Aufhebung des Impfgesetzes herbeizuführen und das herrliche Geschenk Jenners uns wieder zu nehmen, laden eine schwere Verantwortung auf sich. Hoffentlich findet sich niemals ein Reichstag, der ihrem verhängnisvollen Rate folgt!

Dass die traurige Schrift von H. Wegener „Segen der Impfung" hier als eine Zusammenstellung unbewiesener, z. T. direkt als gänzlich falsch erkannter Behauptungen niedriger gehängt wird, ist für jeden gewissenhaften Untersucher der Impffrage nicht mehr unbedingt nötig gewesen, aber auch das wird

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wenig helfen gegenüber Gedankenlosigkeit, fehlender Urteilskraft oder bösem Willen. Siegert (Cöln).

Abel, Bakteriologisches Taschenbuch. Die wichtigsten technischen Vorschriften zur bakteriologischen Laboratoriumsarbeit. (15. Aufl. Würzburg 1911. Curt Kabitsch.)

Das rühmlichst bekannte „Bakteriologische Taschenbuch" von Rud. Abel ist, wie man das seit 1903 nicht anders gewohnt ist, wieder nach Jahresfrist in neuer, nunmehr der 15. Auflage erschienen. Der Grundsatz, nur bewährte Verfahren aufzunehmen, ist beibehalten, auf sonst bemerkens- und erprobenswerte Methoden durch Literaturangabe hingewiesen. Die Serumreaktionen und Komplementablenkung sind nicht im Zusammenhang, sondern bei den einzelnen Kapiteln besprochen, die Untersuchung auf Opsonine dagegen als noch nicht spruchreif nicht aufgenommen.

Das Taschenbuch hat sich in seinen vielen Auflagen so brauchbar erwiesen und erfreut sich bereits einer solchen stets steigenden Beliebtheit, dass eine weitere Empfehlung überflüssig sein dürfte. Möge uns das nächste Jahr die XVI. Auflage bringen. Czaplewski (Cöln).

Tugendreich, Landsberg und **Weinberg, Die Mutter- und Säuglingsfürsorge.** [Kurzgefasstes Handbuch. II. Hälfte, 2. Teil.] (Stuttgart 1910. F. Enke.)

Den bisher erschienenen und an dieser Stelle bereits rühmend erwähnten Abteilungen dieses ausgezeichneten Werkes reiht sich die letzte würdig an.

Ein derartiges Handbuch existiert in der Literatur sonst nicht. Es ist eine Enzyklopädie der gesamten Mutter- und Säuglingsfürsorge in des Wortes bester Bedeutung, aber keine einfache Materialsammlung, sondern eine sachverständige und kritische Behandlung der vorliegenden deutschen Arbeiten, geeignet als Basis zu dienen für das eingehendste Studium.

An eine Übersicht über die Entwicklung der Fürsorge schliesst sich die Statistik der Fruchtbarkeit der Frau und der spezifischen Sterblichkeit der Mutter in Weinbergs gründlicher Art, sowie die Statistik der Geburten, der Morbidität und Mortalität des Säuglings. Im dritten Kapitel werden die Aufgaben des Staates, der Gemeinde und der Privaten betr. der Mutter- und Säuglingsfürsorge erörtert. Rechtsverhältnisse von Mutter und Kind, Mutterschutz und Mutterschaftsversicherung, Ausbildung der Juristen betr. dieser Aufgaben, Ausbildung des ärztlichen Hilfspersonals werden geschildert und kritisch besprochen, die offene Fürsorge für Schwangerschaft, Entbindung und Wochenbett unter Vorschlägen zu einer wirksamen, grosszügigen Fürsorge, wie die offene allgemeine Säug-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

lingsfürsorge schliessen sich an. Die Versorgung der Säuglinge mit Kindermilch ist etwas kurz gearbeitet, eingehender in dankbarer Weise die geschlossene Fürsorge für Mutter wie Kind: Krippen, Mütterheime, Findelhäuser, Säuglingsspitäler, Waldheime, Syphilisheime. Das 17. Kapitel beschäftigt sich mit dem Ziehkinderwesen, im Anhange mit der Ammenfrage. Im 18. Schlusskapitel geben die Verfasser Auskunft über die bereits vorhandenen Zentralisationsbestrebungen und schliessen mit einem erfreulichen Rückblick, Umblick und Ausblick.

Das von Enke in bekannter Weise gut ausgestattete Werk bietet im Anhang noch zwei sehr interessante kartographische Darstellungen der Geburtenhäufigkeit und Säuglingssterblichkeit im Deutschen Reiche.

Möchte doch ein grosser Leserkreis aus allen gebildeten Ständen auf Grund eifrigen Studiums dieser zusammenfassenden Darstellung des so weitverschlungenen Problems der Mutter- und Säuglingsfürsorge Anregung finden zur wissenschaftlichen und praktischen Mitarbeitung, für die ihm der reiche Inhalt die breite Basis geschaffen hat. Siegert (Cöln).

Heller, Schiller und Taube, Enzyklopädisches Handbuch des Kinderschutzes und der Jugendfürsorge. (2 Bde. Leipzig, W. Engelmann.)

Das Werk beabsichtigt, eine Übersicht über das ganze Gebiet der Jugendfürsorge zu geben, alle Probleme des Kinderschutzes zu diskutieren, dem Leser die verschiedenen heute herrschenden Auffassungen über die einzuschlagenden Wege zu übermitteln. Einem eigenen Urteil, gestützt auf die bisherigen Ergebnisse der heute schon ganz unübersehbaren Literatur, werden so die Wege geebnet für alle Theoretiker wie Praktiker auf diesem kaum erschlossenen, schon so rasch weit ausgedehnten Arbeitsfeld öffentlicher Wohlfahrtsbestrebungen. Für spezielle Studien wird hier die unentbehrliche Literatur gesammelt und bereit gestellt.

Die den verschiedensten Ständen entnommenen Mitarbeiter, z. T. altbewährte Kenner der Materie — einige der bekanntesten Namen fehlen auffallender Weise — bürgen für eine gute Lösnng der gewaltigen Aufgabe. Siegert (Cöln).

Knöpfel, Säuglingssterblichkeit in Hessen. [Schriften der Zentrale, Heft 1, 1910.] (Darmstadt 1910. Selbstverlag.)

Die sehr lesenswerte Untersuchung verdient die Beachtung aller sich für Säuglingsschutz interessierenden Gebildeten.

Aus dem reichen statistischen Material seien erwähnt die Untersuchungen über die Säuglingssterblichkeit in Hessen von 1863—1908 nach der Jahreszeit, den Lebensmonaten, der Todes-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ursache, in Abhängigkeit von den verschiedenen Kreisen mit mehr Industrie oder Landbevölkerung, in den vier grösseren Städten 1906—1909, in Mainz während des 19. Jahrhunderts. Ein Vergleich derselben in Hessen mit andern Staaten bildet den Schluss der Arbeit. Die Tatsache der massgebenden Schädigung des Säuglings in der schlechten Stadtwohnung bei künstlicher Ernährung durch die Sommerhitze tritt auch hier scharf zu Tage. Aber auch hier gilt noch die „zersetzte Milch" im Sommer für das schädliche Agens, während in Wirklichkeit die Wohnungshitze bei weitem wichtiger ist. Die Hoffnung des Autors: sorgsamere Pflege und naturgemässe Ernährung würden die Witterungsverhältnisse ausschalten, wird bestimmt nicht in Erfüllung gehen, wenn nicht auch die ausgezeichnete Darmstädter Zentrale den grössten Nachdruck auf die Wohnungshygiene legt neben der von ihr mit Recht energisch geführten Propaganda für natürliche Ernährung. Siegert (Cöln).

Dietrich und Gebauer, Die Mutter. [Zeitschr. f. Verbreitung anerkannter Gesundheits- u. Erziehungslehren] (Berlin 1910. E. Staude. Jahrg. 8.)

Die auch vom Kultusministerium empfohlene Zeitschrift bringt stets lehrreiche Mitteilungen aus dem Gebiet der Hygiene der Mutter und des Kindes und ist bei dem billigen Preise von M. 3 das Jahr vielen Müttern resp. Eltern ein sehr nützlicher Ratgeber. Bedauerlich ist die Reklame für eine Fülle von künstlichen Nährpräparaten. Siegert (Cöln).

Grossherz, Zentrale für Mutter- und Säuglingsfürsorge in Hessen-Darmstadt. (Geschäftsbericht Juli 1909 bis 1. April 1910.)

Der Bericht gibt die Entstehungsgeschichte dieser ausgezeichneten Organisation und die Bilanz des ersten Geschäftjahres. Im Anhang finden sich: die Satzungen, eine Verfügung über zu gewährende Beihilfen an die Hebammen zum fleissigen Besuch der Bezirksvereine, sowie zwei wertvolle Anträge der Zentrale an die deutsche Vereinigung für Säuglingsschutz resp. an den Bundesrat und den Reichstag betreffs zu gewährender Wochenhülfe.

Siegert (Cöln).

Langermann, Der Erziehungsstaat nach Stein-Fichteschen Grundsätzen in einer Hilfsschule durchgeführt. (Berlin-Zehlendorf 1910. Mathilde Zimmer-Haus, Verlagsabteilung.)

Schon bald nach Antritt seines lehramtlichen Berufs, so gesteht L. im Vorworte seiner kleinen Broschüre ein, war bei ihm die Gewissheit entstanden, „dass die Schularbeit eigentlich gar keinen realen Wert habe, ja im Grunde genommen nur Schein

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

arbeit sei". „Ich vermisste in der Schule vor allem das Leben, das innere unmittelbare Lebensinteresse der Jugend an der Schularbeit selbst." Wie dem abzuhelfen sei bei der gähnenden Schulöde mit ihren kahlen Wänden, engen Sitzen, dürren Buchblättern, schwarzen Wand- und Schiefertafeln, leeren Worten und — dem Bakulus" lehrte ihn das Studium der Stein-Fichteschen Idee der National-Erziehung, welche er auf das Exempel in einer — Hilfsschule probierte und zwar nach seiner mit grosser Wärme geschriebenen Abhandlung mit bestem Erfolg. Ihm kommt es darauf an, den Gemeinsinn, die Grundlage des öffentlichen Lebens, beizeiten durch ein Gemeinschaftsleben zu wecken, in welchem jeder einzelne sich als Glied eines Ganzen begreifen und fühlen lernt. Wie die Schule ein solches mit Sicherheit die Gesinnung bildendes Gemeinschaftsleben ermöglichen kann, zeigt er an einer Reihe von Beispielen, die hier auch nur anzudeuten zu weit führen würde. Ich führe nur noch an, dass L.'s Wunsch: „Nur ein Stückchen Vaterland für meine Kinder", dadurch erfüllt wurde, dass er seine Experimente mit und in dem Schulgarten begann, der fortan das „Reich" seiner Schüler bildete. Wenn auch die allgemeine Einführung und Durchführung der L.'schen Idee nur ein frommer Wunsch und eine Utopie sein dürfte, für Ärzte, Pädagogen und Fachleute dürfte die Schrift doch grosses Interesse haben, besonders deshalb, weil sie zeigt, wie weit und in welch kurzer Zeit man mit selbst wenig begabten Kindern kommen kann, wenn sie im Lehrer nicht mehr den strengen Vorgesetzten fürchten, sondern den guten Freund und Berater schätzen und lieben lernen. Lehmann (Cöln).

Schablowski, Über Respiratoren bei gewerblichen Arbeiten. (Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankheiten, Bd. 68, Heft 1, S. 169.)

Unter allen untersuchten Respiratoren bewährte sich die vorstehende Kobraksche Maske, wie der Feldbausch'sche Stoffsackrespirator am besten. Letzterer hat vor jener den Vorteil, bei sehr langem Tragen weniger zu belästigen und kann durch Fortlassen der Ventile noch in seiner Wirksamkeit erhöht werden. Gegen gefährlichen Staub aber leistet erstere mehr, bei kurzem Tragen noch verstärkt durch Ausstattung mit dem Möller'schen Filtertuch. Siegert (Cöln).

Kobrak, Respiratoren zum Schutz gegen die Einatmung infektiöser Tröpfchen und Stäubchen. (Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankheiten, Bd. 68, Heft 1, S. 157.)

Das in der Abbildung wiedergegebene Maskenmodell mit doppelter Gaze: Batist, mit wenig Appretur, Fadendistanz 0,12 mm,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Fadenstärke 0,12 mm, Inhalt des Feldes = 0,014 mm² erwies sich allen andern überlegen und sehr wirksam gegenüber der Tröpfcheninfektion, während eine im gewöhnlichen Leben allerdings nicht vorkommende maximale, künstliche Verstaubung noch etwa 18 % des Staubes durchliess. Siegert (Cöln).

Heisse, Die staubbindenden Fussbodenöle, ihre Zusammensetzung, Eigenschaften und Verwendbarkeit in Buchdruckereien und Schriftgiessereien. (Arb. a. d. Kais. Gesundheitsamte, Bd. XXX, Heft 1.)

Die ungemein gründlichen Untersuchungen von 31 verschiedenen Ölen betreffs ihrer Zusammensetzung, staubbindenden Wirkung, Wirkungsdauer, Unzuträglichkeiten werden in klare Ergebnisse gefasst. Durch exakte Vorschriften betreffs Ausführung des Verfahrens und der Behandlung der geölten Fussböden ergänzt, können sie den Interessenten aufs wärmste zum Studium empfohlen werden. Siegert (Cöln).

Gebecke, Zur Beurteilung der Rauch- und Russfrage. (Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankheiten, Bd. 68, Heft 1, S. 105.)

Eingehende statistische Untersuchung aus Flügge's Institut.

Entgegen Ascher's Anschauungen lässt sich die behauptete Schädigung durch den Rauch betreffs der Lungenerkrankungen in den Städten und Ländern mit Rauchplage nicht nachweisen. Ascher's Beweisführung enthält wesentliche Fehlerquellen. Die eventuelle Schädigung der menschlichen Gesundheit durch den Rauch ist mangels einwandfreier Methoden zu ihrer Untersuchung noch nicht bewiesen. Siegert (Cöln).

Kayser, Die vollständige Beseitigung der Rauch- und Russplage. (Techn. Gemeindebl. XII, 1909, Nr. 10, S. 151—156.)

Zur radikalen Beseitigung der Rauch- und Russplage empfiehlt Ottomar Kayser als einziges Mittel die Verwandlung der Kohle in Gas (am besten Wassergas) und alleinige Benutzung desselben als Brennstoff zur Erzeugung von Wärme, Licht und Kraft.

Jede Stadt könne ihren Bürgern diesen billigen Brennstoff liefern durch Ankauf der nächsten Steinkohlen- oder Braunkohlenzeche, Errichtung der Gasanstalt an dieser und Fortleitung des Gases mit Fernleitungen An grösseren Bergwerken könnten sich alle benachbarten Städte beteiligen. In allen Stadtvierteln wären dann Gasometer zu errichten, die aus der Fernleitung gefüllt würden. Dadurch wird der Transport des Brennstoffs ungemein verbilligt. Das Gas fliesst schon bei ganz geringem Drucke selbsttätig nach seinem Bestimmungsort. Transport von Kohle und

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Asche und Kosten dafür fallen fort. Der Bau der Leitung ist billiger als der Bau der Kohlenbahn.

Wassergas entsteht durch Zerlegung eines überhitzten Dampfstrahls mittels einer weissglühenden Kohlenschicht in Wasserstoff und Sauerstoff, welcher sich mit dem glühenden Kohlenstoff zu Kohlenoxyd verbindet, so dass das Wassergas ein Gemenge von Wasserstoff und Kohlenoxyd (das aber leider bekanntlich sehr giftig ist) entsteht. Es russt nicht und kann billiger und reiner hergestellt werden als anderes Gas, auch aus Braunkohle und Presstorf. 100 kg Steinkohle geben 30 cbm Leuchtgas und 60 kg Koks oder 210 cbm Wassergas und wenig Asche. In Praxi wären am Bergwerk zunächst die nötigen Koksöfen zu erbauen, welche von je 1000 kg Kohle 800 kg Koks, 300 cbm Leuchtgas und wertvolle Nebenprodukte liefern (in Generativkoksöfen von Heinrich Koppers, Essen). Das innerhalb $23^1/_2$ Stunden gewonnene (Leucht-) Gas wird teils zum Betrieb der Koksöfen selbst, teils in den Wassergasbehältern, teils für Gasmotoren oder Beleuchtung Verwendung finden. Die möglichst weissglühenden Koks werden in die Dr. Strache'schen Generatoren Typ A übergeführt und hier in Wassergas verwandelt. Um Ausströmungen des giftigen Wassergases erkennen zu können, werden sie dann im Dr. Jahoda'schen Parfumeur (mit 3 g Carbylamin auf 100 cbm Gas) riechend gemacht. Aus dem zentralen Gasometer wird das fertige Wassergas dann mittels Fernleitung in kleinere Verteilungsgasometer an den Verbrauchsorten geleitet, welche bei erreichter Füllung selbsttätig die Gaszuführung abstellen.

Das Wassergas wird vorher noch in Skrubbern gereinigt (einer für zwei Generatoren), Schwefelwasserstoff wird in den auch von den Leuchtgasanstalten benutzten Reinigungskästen beseitigt, welche durch Hindurchsaugen von Luft regeneriert, sechs Monate brauchbar bleiben. Das Eisenkohlenoxyd, welches das Wassergas für Glühstrümpfe untauglich machte, wird in Dr. Strache'schen Schwefelsäureapparaten entfernt, wobei das Gas gleichzeitig so getrocknet wird, dass sich auch bei Frost keine wässrigen Niederschläge in den Rohren bilden, so dass die Leitungen ohne Rücksicht auf das Gelände ohne Wassertöpfe, ohne Rücksicht auf frostfreie Lage verlegt werden können.

Um aus Braunkohle, Briketts und Presstorf Wassergas zu erzeugen dient der Dr. Strache'sche Generator B., unter Verzicht auf die Nebenprodukte. Der Ofen wird zuerst mit Koks warm geblasen. Mit Steinkohlen liefert er aus 100 kg Steinkohle rund 190 cbm Wassergas mit je 2500 Wärmeeinheiten = 475 000 WE, während Steinkohlengasretorten aus 100 kg Steinkohlen nur 30 cbm

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Leuchtgas mit je 5000 Wärmeeinheiten liefern = 150 000 WE, Braunkohle liefert weniger Wassergas. Zur Erzeugung von 1 cbm Wassergas werden 0,5 kg Steinkohle aber 0,7 kg Braunkohle erfordert.

Nach Versuchen der Wassergasanstalt Pettau in Steiermark (Analysen beigefügt) wurden für 1 cbm Wassergas verbraucht an Grazer Gaskoks 0,43 kg, an Ober-Schlesischer Steinkohle (Sandkohle) 0,57 kg, an Buchberger Braunkohle 1,02 kg.

Zur Steigerung des Gehalts an Wärmeeinheiten kann das Wassergas karburiert werden (heiss: durch Mischen mit Öldämpfen und Fixation durch Überhitzen, kalt: durch nachträgliches Mischen mit Benzoldämpfen).

Dies empfiehlt sich nicht, weil die Carburierungsmittel beim Stehen und Abkühlung sich wieder niederschlagen und dadurch Rohre und Hähne verschmutzen. Besser sei es, mehr nichtcarburiertes Gas zu verbrennen, das im Gegensatz zu den unkontrollierbaren Wärmeeinheiten des carburierten einheitlichen Gehalt besitzt.

Wassergas brennt ohne künstliche Luftzufuhr (z. B. Bunsenbrenner) ohne weiteres blau, nicht russend, und eignet sich daher für alle Haushaltungs- und industriellen Zwecke (Schweissen, Schmieden, Giessen, Löten, Schmelzen, Glasblasen, Trocknen, für Laboratorien, Krematorien usw.).

Gegenüber den Kohleöfen ist die Ausnutzung der Wärme beim Wassergas erheblich höher, bei Zimmeröfen 90 statt 15—20%, bei Kochherden 50 statt 3—5%. Da in den Wassergasgeneratoren nur 70% der Verbrennungswärme ausgenutzt werden, werden aber vom Wassergas tatsächlich bei Zimmeröfen statt 90 nur 63%, bei Kochherden statt 50 nur 35% Verbrennungswärme ausgenutzt.

Das Wassergas bedeutet also eine sehr erhebliche Kohlenersparnis d. h. es braucht nur der vierte Teil Kohle gefördert zu werden. Die Kohlenschätze der Natur würden also dementsprechend länger reichen (statt 300 schätzungsweise 1200 Jahre). Verfasser wünscht auf dem Wege der Gesetzgebung ein Vorgehen gegen die jetzige rücksichtslose Kohlenverschwendung, nachdem im Wassergas das Mittel zu solch enormen Ersparnissen gegeben ist.

Mit Auerglühkörper liefert das Wassergas (ohne Bunsenbrenner) ein dem Sonnenlicht genau gleichendes Licht, da die Sonnenkorona ebenso aus glühendem Wasser- und Kohlenstoff besteht. Daher erscheinen Farben in diesem Lichte nicht verändert (wichtig für Verkaufsräume und Ateliers). Dabei wird noch weniger Sauerstoff verbraucht, weniger Wärme und weniger Kohlensäure gebildet als vom Steinkohlengasglühlicht, so dass die Zimmerluft beim Brennen weniger verschlechtert wird. Der Betrieb ist billiger, da das Wassergas selbst billiger als Leuchtgas

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ist, der Gaskonsum bei gleicher Lichtstärke geringer ist, weder Bunsenbrenner noch Zylinder erforderlich sind und die Strümpfe länger halten und, weil sie nicht verrussen, gleiche Leuchtkraft behalten. Dazu sind die ganzen Anlagen billiger und jede Kohle verwendbar, die Bedienungsmannschaft geringer.

Für Wassergas sind vier Brennergrössen, für stehendes Auerlicht in Gebrauch für 25, 50, 100 und 120 Hefnerkerzen bei stündlichen Verbrauch von 65, 95, 180 und 230 l. Der Preis stellt sich für eine Hefnerkerzenstunde auf 0,13; 0,095; 0,090 bez. 0,096 M., bei hängendem Glühlicht aber auf ca. die Hälfte.

Das Wassergas lässt sich ferner sowohl für Kleinmotore wie Grossmotore verwenden. Erstere verbrauchen pro eine Pferdekraftstunde 1,3—1,8 cbm, letztere nur 0,8—1,0 cbm Wassergas. Der Kohlenverbrauch schwankt also, da für 1 cbm Wassergas ca. 0,5 kg Kohlen gerechnet werden, zwischen 0,9—0,4 kg Kohle (bei Dampfmaschinen 3 kg und nur bei grossen Anlagen 0,75—1 kg).

Vorteilhaft ist dabei die stete Betriebsbereitschaft ohne Kesselanheizen und sofortiges Aufhören des Verbrauchs.

Von 1 t Steinkohle mit ca. 6 000 000 Wärmeeinheiten werden (15 %) nur ca. 900 000 WE ausgenutzt, wofür in der Stadt 24 M. gezahlt werden müssen, von 1 t Steinkohlen mit ca. 6000 000 WE werden im Wassergas (60 %) = ca 3 600 000 WE in ca. 1800 cbm Wassergas à 2000 WE, die zu 5 Pf. abgegeben werden sollen, während 2000 ausgenutzte WE der Kohle z. Z. $\frac{2400.2000}{900\,000}$ — 5.333 Pf. kosten. Das saubere nicht russende Wassergas ist also noch etwas billiger als die russende Kohle.

Verfasser berechnet unter Annahme eines stündlichen Bedarfs von 3000 cbm Wassergas für 10 000 Personen den Bedarf einer Grosstadt mit 500 000 Einwohnern auf 1 314 000 000 cbm jährlich = 65 700 000 M. mit sicherem Reingewinn von 26 280 000 M. ohne Besteuerung irgend eines Bedarfsartikels und ohne Verteuerung des Brennstoffes.

Würde das Deutsche Reich die Wassergaserzeugung als Monopol übernehmen, so hätte es bei 40 Millionen Verbrauchern jährlich 105 120 000 000 cbm Wassergas zu erzeugen mit einer jährlichen Einnahme von 2 102 400 000 M.

Dabei sind die aus den Nebenprodukten gewonnenen Werte (Steinkohlenteer cf. auch Strassenteerung, Benzol, Ammoniak, Ammoniumsulfat, Salpetersäure nach Ostwald's Verfahren usw.) noch nicht in Anrechnung gebracht.

„Der Wassergasgenerator macht uns in verschiedenen wichtigen Artikeln vom Auslande unabhängig und die vollständige Rauch-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

und Russlosigkeit bringt uns das hygienische Ideal, nach dem wir bisher vergeblich gestrebt haben."

Bez. Einzelheiten des interessanten Artikels muss auf das Original verwiesen werden. Czaplewski (Cöln).

Inaba, Über das Kenotoxin Weichardts in der Ausatmungsluft. (Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankheiten, Bd. 68, Heft 1, S. 1.)

Die experimentellen Untersuchungen ergeben, dass die Versuchanordnung Weichardt's keinen zwingenden Beweis dafür liefert, dass sich in der Ausatmungsluft regelmässig oder häufig ein Gift von der Konstitution seines Kenotoxins befindet! Reines Kondenswasser, wie die im Versuch stark verdünnte Kochsalzlösung gaben dasselbe Resultat wie die aus der Atemluft hergestellte Flüssigkeit, die sich durch Kochsalzzusatz isotonisch gemacht als gänzlich ungiftig erwies. Übrigens hat Weichardt selbst seine Angaben derart eingeschränkt, dass sie zu diesem Resultat von Inaba stimmen. Siegert (Cöln).

Schmidt, Über die hygienische Bewertung verschiedenfarbiger Kleidung bei intensiver Sonnenstrahlung. [Aus dem Hygien. Institut d. Univers. Leipzig.] (Arch. f Hyg, 69. Bd., 1909.)

Auf Grund experimenteller Untersuchungen mit Thermosäule und Galvanometer sowie mit geschwärzten Trommeln aus Eisenblech, die mit verschiedenen Stoffen überzogen wurden und deren innere Lufttemperatur mit luftdicht eingesetzten Thermometern gemessen wurde, Genaueres hierüber ist im Original nachzulesen kam Schmidt zu folgenden Schlussfolgerungen, welche hier in extenso anzuführen von grösstem Interesse sein dürfte:

„1. Unter den dickeren, wenig luftdurchlässigen Stoffen, wie sie zurzeit noch vielfach für unsere Sommer- und Tropenkleidung verwandt werden, sind die weissen hygienisch zweckmässiger als die dunkelfarbigen.

2. Von dünneren Stoffen, die sich in ihrer Luftdurchlässigkeit etwa mittlerem Batist annähern (dünnem Lüster), verdienen die dunkelfarbigen unter der Voraussetzung den Vorzug, dass die Kleidung keinesfalls dem Körper in grösserer Fläche dicht anliegt, sondern locker, beweglich mit grosser Lufträumen herabhängt (japanischer Kimono, Beduinenmäntel, römische Toga). Bei dickem Stoff ist auch unter dieser Voraussetzung die dunklere Farbe ungünstiger.

3. Es wäre zur Abhärtung gegen Luft und Sonne dringend zu wünschen, dass die Mode der Sommer- und Tropenkleidung zu wesentlich dünneren, luftigeren Stoffen überginge, und dass enganliegende Kleider ein für allemal verschwänden. Die Ventilation

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der Kleider wäre ausser durch die Porosität des Gewebes durch weite Ärmel und Beinkleider, wenn möglich durch besondere Ventilationseinrichtungen (z. B. Koller bei Sportsanzügen) zu gewährleisten. Die ergiebige Ventilierbarkeit ist bei weitem die allerwichtigste hygienische Forderung, die mindestens an eine Sommer- oder Tropenkleidung zu stellen ist.

4. Bei intensiver Sonnenstrahlung wären dünne, gut luftdurchlässige Stoffe mit greller, weisser, gelber Oberfläche und dunklerer, unterer Lage (braun, blau oder am besten schwarz) am zweckmässigsten. Letztere gestattet zu einer Dünne des Stoffes herunterzugehen, die sonst bei Weiss durch allzu grossen Lichteinfall bedenklich wäre.

5. Der „Sonnenstich" wird nicht durch die ultravioletten, sondern durch die hellen Sonnenstrahlen, welche tief eindringen in den Körper und sich bei ihrer Absorption in Wärme umwandeln, hervorgerufen (die chemisch ultravioletten Strahlen der Sonne können höchstens eine Oberflächenwirkung ausüben: Erythema solare).

6. Der englische Tropenstoff „Solaro" mit roter unterer und beliebig wählbarer äusserer Lage kann keinesfalls ein spezifischer Schutz gegen Sonnenstich sein. Er bedeutet aber durch Abhaltung von hellen Wärmestrahlen bei relativ guter Ventilierbarkeit immerhin einen gewissen Fortschritt. Der in Deutschland hergestellte Assolarstoff ist um ein geringeres lichtdurchlässiger als der englische, besitzt aber den Vorzug grösserer Porosität.

7. Der Vorzug der farbigen Rasse in der Tropensonne vor des weissen beruht darin, dass die Pigmentschicht, abgesehen von der Verhütung einer Hautverbrennung (Erythemen solare), die Absorptionszone für die Sonnenstrahlen in eine oberflächlichere Lage als beim Weissen verlegt, wodurch die Abgabe der absorbierten Sonnenwärme erleichtert wird.

8. Bei der Wärmeregulierung des Körpers während intensiver Sonnenbestrahlung bestehen grosse individuelle Unterschiede, die auf nervöse Einflüsse zurückzuführen sind (Gefässerweiterung, Schweiss-, Talgsekretion). Diese individuellen Unterschiede scheinen bei der pigmentierten und weissen Rasse in gleicher Weise zu bestehen und sind so erheblich, dass der Einfluss der Farbe der Haut schwer erkennbar wird. Lehmann (Cöln).

Niemann, Über Vergiftungen mit bleihaltigem Brotmehl in Negenborn. (Arch. f. Hyg., 69. Bd., 1909.)

Als stellvertretender Psyhikus hatte N. im Januar 1908 Gelegenheit, im Dorfe Negenborn (Kreis Holzminden) durch bleihaltiges Mehl entstandene Bleivergiftungen zu beobachten, welche

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

dadurch entstanden waren, dass der Müller die Löcher des Mühlsteins nach einer noch leider sehr verbreiteten Sitte mit Blei ausgegossen hatte. Über zwei Jahre waren durch den Mahlprozess kleinste Teilchen von den Bleifüllungen abgescheuert und mit dem Brotmehl vermischt worden. N. wartet mit einem Material von 73 Krankengeschichten auf, in welchen die Anamnese seit 1906 eigentümliche kolikartige Darmerkrankungen erwähnt, welche von den Einwohnern auf verunreinigtes Wasser, von dem dortigen Arzte aber auf das Brotkorn zurückgeführt wurden, welches im Herbst 1906 nass eingefahren sei.

N. schöpfte gleich Verdacht auf Bleivergiftung, welche für ihn allein als Ursache für die regelmässig entstehenden Koliken und bei dem gehäuften Auftreten derselben in Betracht kommen konnte. Und er hatte Recht mit seiner Annahme, wie der etwas komplizierte Verlauf der Untersuchungen zeigte, welche die Tatsache feststellten, dass fast nur die kleineren Leute erkrankt waren, welche das selbstgeerntete Korn zu einer bestimmten Mühle brachten, wo es auf dem sog. kleinen Mahlgang gemahlen wurde. Dieser war tatsächlich mit $10^1/_2$ Pfund Blei ausgefüllt, welches allmählich seine langsame, aber sichere Wirkung entfaltet hatte. Aus der Literatur führt N. fünf durch bleihaltiges Brot entstandene Massenvergiftungen an, zwei aus Frankreich mit je 350 und 70 Vergiftungen und 3 aus Deutschland mit je 15 und 40 Fällen und einen Fall aus Breslau, bei dem es sich auch um eine grosse Zahl von Vergiftungen handelte.

In seiner Arbeit verbreitet sich N. über:

1. Die Menge des bis zum Eintritt der manifesten Symptome der Bleivergiftung eingeführten Bleis.

2. Das Vorkommen der beiden Hauptsymptome, Kolik und Bleisaum, und die mutmassliche Ursache des Fehlens desselben (bei Kindern und zahnlosen Leuten usw.).

3. Die übrigen nach Aufhören der Bleizufuhr noch vorhandenen Störungen (Herabsetzung des Haemoglobingehalts [85 bis 90% normal, hier 48—65%] Erkrankungen der peripheren Nerven, Kopfschmerzen, gichtische Beschwerden, Muskelschmerzen, Schwindel, Magenschmerzen, allgemeine Schwäche, letztere bei allen Erwachsenen) und die Diagnose bei Fehlen der beiden Hauptsymptome, welche speziell bei Kindern Schwierigkeiten bereiten kann, welche oft nur Gastroenteritis und Anämie darbieten. Zum Schluss verlangt N. eine alljährliche polizeiliche Untersuchung der hochgezogenen Mühlsteine auf etwaige Bleifüllungen und ein spezielles Verbot, die sog. Haue des Mühlsteins mit Blei auszufüllen, was bisher leider nicht verboten, sondern vielfach gang und gäbe ist. Lehmann (Cöln.)

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Ficker, Über die Bedeutung indifferenter Stoffe bei der Salizylkonservierung. [Aus dem Hygien. Institut d. Univers. Berlin.] (Arch. f. Hyg., 69. Bd., 1909.)

F. hat eine Reihe von Versuchen angestellt, um die Beeinflussung der desinfektorischen oder entwicklungshemmenden Wirkung des salicylsauren Natrons durch Zugabe von Rohrzucker, Glycerin oder Kochsalz festzustellen. Diese Versuche führten zu den praktischen Ergebnissen, dass die untersuchte Salicylverbindung zwar zum Herbeiführen einer Entwicklungshemmung, in manchen Fällen wohl auch zur Tötung von Mikroorganismen geeignet ist, dass diese Wirkung aber in starker Abhängigkeit steht von der gleichzeitigen Anwesenheit von Stoffen, die an und für sich indifferent sein und die entwicklungshemmende Wirkung des Salicylsalzes aufheben oder verstärken können. Der mit dem Mittel manipulierende Fabrikant ist nicht imstande, die Wirkung zu übersehen, die in jedem Falle eine Zustandsänderung darstellt, wohl aber hat er es in der Hand, bei dreisterer Salicylierung z. B. mit kleineren Zuckermengen bei der Konservierung auszukommen, so dass der Konsument eine minderwertige Ware erhält.

Andererseits ist aus den niedergelegten Beobachtungen abzuleiten, dass es auch bei Verwendung und Kombination indifferenter Stoffe doch gelingen müsste, eine ausreichende Konservierung bestimmter Nahrungsmittel herbeizuführen. Es wäre dringend wünschenswert, dass die interessierten Kreise hierauf ihr Augenmerk richteten, anstatt an dem Satz von der Unentbehrlichkeit solcher Konservierungsmittel, die der Hygieniker als gesundheitsschädlich bezeichnen und verwerfen muss, zum Schaden der Allgemeinheit starr festzuhalten. Lehmann (Cöln).

Zweifeli, Bakteriologische Untersuchungen von rohem Hackfleisch mit besonderer Berücksichtigung der Bazillen der Paratyphusgruppe. [Aus der Leipziger medizinischen Klinik.] (Centralbl. f. Bakteriol. usw., I. Abt., Bd. 58, Heft 2.)

Den Anstoss zu vorliegenden Untersuchungen hat der Erlass des preussischen Kultusministeriums vom Januar 1910 gegeben, in welchem vor dem Genuss von rohem Hackfleisch gewarnt und die Verabreichung in Krankenhäusern usw. untersagt wird auf Grund eines Gutachtens der Kgl. wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen. Zw. hatte besonderes Interesse an dieser Frage, weil im Leipziger Krankenhaus seit langen Jahren rohes Hackfleisch als zweites Frühstück den Kranken verabreicht wird, dessen Nährwert Curschmann hoch einschätzte. Es hat sich nun bei 248 untersuchten Fleischproben die erstaunliche Tat-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sache ergeben, dass echte Paratyphusbazillen, die gemeinhin als Haupterreger der Fleischvergiftungen angesehen werden, nie gefunden wurden, wohl aber in 19 Proben 23 dem Paratyphus B-Bazillus ähnliche Bakterienstämme. Ebensowenig wurden echte Typhusbazillen gefunden. Nach Zw. muss man mit Hübener sagen, „dass der Ausgangspunkt der nach Fleischgenuss auftretenden Massenerkrankungen in allererster Linie das intra vitam infizierte Fleisch darstellt.“ Die meisten Fleischvergiftungen kommen nach Genuss von Fleisch notgeschlachteter Tiere vor. In rohem, hygienisch gut behandeltem Hackfleisch sind also pathogene Bazillen niemals gefunden worden. Zw. zieht aus seinen Untersuchungen das Resumé, dass nur gelegentliche bazilläre Verunreinigungen bei an und für sich gesundem gutem Fleisch die Ursache von Vergiftungen bilden, dass deshalb für die Zubereitung aller Speisen die peinlichste Sauberkeit und vor allem der Schutz vor Verunreinigungen von aussen ein unbedingtes Erfordernis ist und dass nicht nur in Krankenhäusern und geschlossenen Anstalten alle Lebensmittel verschlossen aufbewahrt werden sollen, sondern auch durch polizeiliche Vorschriften für alle Lebensmittelgeschäfte dieses Ziel erreicht werden soll. Lehmann (Cöln.)

Heuser, Zur Frage nach der Pathogenität der beim Menschen, bei Tieren und in gesund aussehenden Fleischwaren nachgewiesenen Bakterien der Enteritisgruppe. (Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankheiten, Bd. 65, Heft 1, S. 8.)

Besonders lehrreich war bei den Versuchen die Erfahrung, dass ungeeignete Ernährung, z. B. mit sterilem Fleisch, sowie äussere Schädigungen (Erkältung?) empfängliche Tiere für diese Gruppe disponierten, auch bei sonst schwer empfänglichen Arten der Paratyphusinfektion den Weg ebneten. (Intensive, lang dauernde Sommerhitze und einseitige Kuhmilchfütterung des Säuglings könnte wohl als Analogon dazu sich herausstellen! Anm. des Refer.). Die Tierpassage bei weissen Ratten führte zu Steigerung sowohl der Virulenz, wie der Pathogenität, die bei künstlicher Kultur umgekehrt sank. Die Toxine und Eudotoxine aus Bouillonkulturen resp. Filtraten führten gleichfalls zur erhöhten Infizierbarkeit durch die Enteritisgruppe. Siegert (Cöln).

Hanne, Die Kochpasteurisierung von Kindermilch im Hamburger Milchpasteur. (Ges.-Ing. 1911, 8. VII.)

Verf. vertritt noch die Anschauung von der ungünstigen Beeinflussung der Kuhmich durch Kochen betr. ihrer Verwendbarkeit als Säuglingsnahrung.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Er versuchte deshalb die von Trautmann angegebene „Kochpasteurisierung“, d. h. Sterilisatien der Milchflaschen durch Sieden im luftverdünnten Raum bei niedrigeren Wärmegraden im von Hartmann-Berlin gebauten „Milchpasteur“. Die Apparate wie das Verfahren werden in Wort und Bild genau geschildert. Das Ergebnis bakteriologischer Prüfung der behandelten Milch war günstig, nach den sehr umfassenden tabellarisch veröffentlichten Versuchen. Das Nähere ist im Original einzusehen. Der Vorteil gegenüber dem Kochen dürfte kaum bedeutend sein. Jedenfalls werden grössere Anstalten zur Gewinnung von Säulingsmilch vorläufig gut tun, bei der bewährten sicheren Sterilisation im strömenden Dampf zu bleiben. Die „biologische Veränderung“ der Milch durch Kochen, theoretisch leicht nachweisbar, hat bisher keinerlei praktische Bedeutung gezeigt. Siegert (Cöln).

Seiffert, Über die Abtötung pathogener Keime durch Bestrahlung der Milch mit ultraviolettem Licht. (Fortschr. d. Medizin, Jahrg. 28. Nr. 29, 1910.)

Mit dem im Titel angegebenen Verfahren, von S. mit Aufwand von vieler Zeit und auch Geld praktisch ausgearbeitet wie theoretisch begründet, lassen sich ohne Kochen und Pasteurisieren die Krankheitskeime der rohen, sehr sauber produzierten Milch abtöten. Die Milch bleibt dabei durchaus unverändert, gut haltbar, von normalem Nährwert und normaler Bekömmlichkeit. In der allgemeinen Milchproduktion dürfte das Verfahren schwerlich Anwendung finden, da es entbehrlich ist. Siegert (Cöln).

Lentz und **Huntemüller, Experimentelle Poliomyelitis.** Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankheiten, Bd. 66, Heft 3, S. 481.)

Das Ergebnis der Untersuchungen lautet:

1. Das Virus der akuten Kinderlähmung ist sowohl auf Affen als auch auf Kaninchen experimentell übertragbar, und zwar mittels intrakranieller, intravenöser und intraperitonealer Injektion sowie intrastomachaler Einverleibung.

2. Das Hagener Virus von Krause und Meinicke ist identisch mit dem von Landsteiner und Roemer.

3. Die durch künstliche Infektion hervorgerufenen histologischen Veränderungen im Rückenmark und Gehirn von Kaninchen sind sehr gering gegenüber den beim Affen beobachteten Veränderungen.

4. Das Virus der akuten Kinderlähmung gehört zu den filtrierbaren Virusarten. Es gelang nicht, es zu züchten. In 50prozent. Glyzerin schwächte sich seine Virulenz allmählich ab.

Siegert (Cöln).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Köhlisch, Untersuchungen über die Bedeutung der Opsonine bei der Tuberkulose. (Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankheiten, Bd. 68, Heft 2, S. 193.)

Der Gehalt des Serums an Opsoninen besitzt für die natürliche Immunität gegen Tuberkulose keine ausschlaggebende Bedeutung. Die gleiche Phagzytierbarkeit des Typus bovinus und humanus erlaubt im Gegensatz zu Much's Anschauung keinen Schluss auf beider Identität. Bei den gegen Tuberkulose resistentesten Tieren ist der opsonische Index geringer als beim Menschen! Verschiedene Resistenz der Tiere gegenüber der Tuberkulose kommt in der opsonischen Kraft ihres Serums nicht zum Ausdruck.

Siegert (Cöln).

Kern, Über den Einfluss des Alkohols auf die Tuberkulose. [Experimentelle Untersuchungen am Meerschweinchen.] (Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankheiten, Bd. 66, Heft 3, S. 455.)

Die Versuche ergaben ausnahmslos eine wesentliche Verkürzung der Lebensdauers infizierter Tiere nach Alkoholgaben, welche, auch in kleinen Dosen, die Widerstandsfähigkeit herabsetzen, die Lebensfähigkeit der Nachkommenschaft schädigen und den tödlichen Ausgang bei gesteigerter Infizierbarkeit erleichtern.

Siegert (Cöln).

Jürgensen, Über den Wert verschiedener Homogenisierungs- und Sedimentierungsmethoden behufs des Nachweises von Tuberkelbazillen im Sputum. (Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankheiten, Bd. 66, Heft 2, S. 315.)

Die Antiforminmethode wird empfohlen in folgender Modifikation: Zu 1 Volum Expektorat werden 4 Volumina von 6.25 prozent. Antiformin zugesetzt. Energisches Schütteln der Mischung während einer Minute. Stehenlassen ev. über $^1/_2$ Stunde bis zur vollständigen Homogenisierung. Kräftiges Zentrifugieren. Neutralisieren des Bodensatzes mit Essigsäure. Fixieren und Färben in der üblichen Weise.

So modifiziert leistet sie, wie die Kohlenwasserstoffmethode mindestens soviel wie die Autodigestionsmethode, aber allen dreien überlegen zur Konzentration ist die Ellermann-Erlandensche Doppelmethode. Siegert (Cöln).

Herzfeld, Vergleichende Versuche mit der Antiformin-, Lignoin- und Ellermann-Erlandschen-Methode zum Nachweis von Tuberkelbazillen im Sputum. (ibidem.)

Auch H. kommt zum Schluss, dass die letzte der drei Methoden die beste ist. Siegert (Cöln).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Favre, Ein neuer Pavillontypus für epidemische Kranke. (Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankheiten, Bd. 66, Heft 3, S. 341.)

Plan und Beschreibung müssen im Original eingesehen werden.

Der Plan erscheint — mir — leider nicht einwandfrei. Die Lage der Räume nach Westen bedingt im Sommer extreme Hitze, im Winter Verlust des Sonnenlichtes. Ausserdem sind die Isolierungsmöglichkeiten m. E. zu wenig zahlreich! Speziell bei Masern und Scharlach sollten alle akut Erkrankten bis zur vollständigen Entfieberung möglichst einzeln, höchstens zu zweien isoliert bleiben, wozu die Einrichtung zahlreicher kleinster, durch hier fehlende Fensterwände untereinander wie vom Korridor übersichtlicher Räume in idealer Weise dient. (Eine solche Einrichtung bewährt sich in meinem Cölner Scharlachpavillon mit 8 Boxes zu 2—3 Betten bei nur 35 Betten sehr vorteilhaft.) Auch die von F. angestrebte, unbedingt erforderliche Reduktion des Pflegepersonals und der Betriebskosten, die Erleichterung des ärztlichen Dienstes verlangt dringend die „Fensterwände", welche nebenbei eine wertvolle Kontrolle der Desinfektion ermöglichen.

Siegert (Cöln).

Schablowski, Bettfederreinigungsanstalten als Verbreiter von Kontagien. (Ztschr. f. Hyg. und Infektionskrankheiten, Bd. 68, Heft 2, S. 209)

Die Versuche ergaben, dass die Desinfektion von rohen Federn durch Wasserdampf ohne Schädigung der Qualität praktisch undurchführbar ist. Effektive Desinfektion verlangt vorherige gänzliche Reinwaschung in Lösungen von Sublimat 1:1000 oder Formalin 1:100, also ein ungemein teures Verfahren, nur zu verlangen, wo starke, gefährliche Infektion anzunehmen ist, ein sehr seltenes Vorkommen. Dämpfen und Trocknen muss im allgemeinen genügen.

Siegert (Cöln).

Heyde, Über die Bedeutung anaerober Bakterien bei der Appendizitis. Med. Klinik 1908, Nr. 44, p. 1675—1677.)

Verf. hat in 26 Fällen von operierter Blinddarmentzündung bakteriologische Untersuchungen vorgenommen und kommt zu dem bemerkenswerten Resultat, dass anaeroben Bakterien eine hervorragende Rolle in der Genese der Appendizitis zukommt: 1. durch Verjauchung; 2. durch Toxinbildung; 3. durch direkte Infektion. Daneben kann es auch durch Bac. coli und Streptococcus pyogenes zu Appendizitis kommen. Doch hält Verf. die Fälle für relativ zu selten, um eine spezifische Streptokokken- oder Koliappendizitis anzunehmen.

Boas (Freiburg i. B.).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Verzeichnis der bei der Redaktion eingegangenen neuen Bücher etc.

Die Schweizerische Abteilung der Internat. Hygiene-Ausstellung Dresden 1911. Hrsg. vom Schweizerischen Gesundheitsamt in Verbindung mit dem Landeskomitee. Bern 1911. Neukomm & Zimmermann.

Baumgart, Prof. A., Die Quelle der Gesundheit. Im Einfamilienhaus für jede Familie eine Stätte des Glücks und des Wohlbefindens. Wiesbaden 1911. Westdeutsche Verlagsgesellschaft m. b. H. Preis 1.— M.

Bulletin de l'Academie Royale de Médecine de Belgique. IV. Série, Tome XXV, Nr. 6—7. Bruxelles 1911. Hayez, Imprimeur.

Holzhausen, Frhr. Fr. von, Die Weltgeschichte in mnemonischen Reimen. Berlin 1911. L. Schwarz & Co. Preis —.60 M.

Letau, Dr. W., Der pensionsberechtigte Beamte in gesicherter Lebensstellung. Ein Führer für die Berufsfrage. Wiesbaden 1911. Verlagsanstalt Emil Abigt. Preis 2.— M., gbd. 2 50 M.

Liefmann, H., und A. Lindemann, Der Einfluss der Hitze auf die Sterblichkeit der Säuglinge in Berlin und einigen anderen Grossstädten (New-York, München, Essen-Ruhr). Braunschweig 1911. Fr. Vieweg & Sohn. Preis 5.— M.

Medizinalarchiv für das Deutsche Reich. Hrsg. von Kurt von Rohrscheidt. II. Jahrg., Heft 3. Berlin 1911. Franz Vahlen. (Jährl. 4 Hefte.) Preis 12.— M.

Muzio, Dr. C., Il medico pratico. Quarto edizione. Milano 1912. Ulrico Hoepli. Preis gbd. 8.50 Lire.

Nonne, Dr. M., Ärztliche und juristische Forderungen für die Heilung Alkokolkranker. Hamburg 1911. Verlag von Deutschlands Grossloge II de J. O. G. T. Preis —.20 M.

Selter, Prof. Dr. H., Die Trinkwasserversorgung der Rheinprovinz. Bonn 1911. Martin Hager. Preis 7.— M.

Trautmann, Prof. Dr. H, und Dr. R. Hanne, Zur Schulreinigungsfrage. Hamburger Versuche. Berlin 1911. Verlag f. Volkswohlfahrt, G. m. b. H. Preis 1.60 M.

Über die Wirkung von Desinfektionsmitteln in gefüllten Abortgruben und die Dauer der Lebensfähigkeit von Typhusbazillen in Abortgruben. S.-A. aus „Arbeiten a. d. Kaiserl. Gesundheitsamt", Bd. XXXVIII, H. 2. Berlin 1911. Julius Springer.

NB. Die für die Leser des „Centralblattes für allgemeine Gesundheitspflege" interessanten Bücher werden seitens der Redaktion zur Besprechung an die Herren Mitarbeiter versandt und Referate darüber, soweit der beschränkte Raum dieser Zeitschrift es gestattet, zum Abdruck gebracht. Eine Verpflichtung zur Besprechung oder Rücksendung nicht besprochener Werke wird in keinem Falle übernommen; es muss in Fällen, wo aus besonderen Gründen keine Besprechung erfolgt, die Aufnahme des ausführlichen Titels Verlegers und Preises an dieser Stelle den Herren Einsendern genügen.

Die Verlagsbuchhandlung.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Inseratenanhang.
Centralblatt für allgemeine Gesundheitspflege, XXX. Jahrgang, Heft 9.

Kathreiners Malzkaffee

enthält kein Koffein, ist auch frei von anderen Reizstoffen und ausserordentlich billig

Ein vorzügliches Unterstützungsmittel beim Gebrauch von Brunnenkuren.

H. Bürger's Digestivsalz.
Seit **über 30 Jahren** glänzend bewährt durch seine vorzüglichen **diätetischen** Eigenschaften bei allen Verdauungsstörungen, besonders **schwache Verdauung** usw. — Von überraschender Wirkung bei allen Belästigungen, die aus dem Genusse **schwer verdaulicher Speisen** entstehen. — Bewährt bei **Frauen** zu Beginn und während der Schwangerschaft gegen **Erbrechen, Uebelsein, Verstopfung.** Unentbehrlich für Leute mit sitzendem Lebensberufe. Ersatz für natürliche Bitterwässer. — Absolut frei von schädlichen Bestandteilen, Zusammensetzung auf jeder Flasche angegeben.
Generalvertrieb durch A. Feldhofen, Bad Neuenahr.
Depots: **Berlin,** Elefantenapoth. a. Dönhoffplatz; Königin Louisenapoth., Bülowstr. 18. — **Frankfurt a/M.,** Rosenapoth. a. Salzhaus.
Broschüren u. Proben durch **A. Heimbürger Nachf., Münster i/W.**

Verlag von Martin Hager in Bonn.

Soeben erschien in meinem Verlage:

Eduard Pflüger.

Ein Nachruf von **E. von Cyon.**

Mit einem Bildnis Pflügers.

Preis 1.— M.

Der Verfasser, der mit dem Altmeister der Physiologie bis zu dessen Tode in einem fast ununterbrochenen Briefwechsel gestanden, der zu intimen freundschaftlichen Beziehungen führte, gibt auf Grundlage der wichtigsten der fruchtbaren Leistungen Pflügers eine psychologische Charakteristik des grossen Naturforschers.

Die Schrift ist für jeden Mediziner und Schüler Pflügers von grösstem Interesse.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Gartenbau und Gartenkunst in ihren Beziehungen zur Gesundheitspflege.

Von

Gartendirektor Heicke, Frankfurt a. M.

Mit 5 Textfiguren.

Die Dresdener Hygiene-Ausstellung hat der Laienwelt den vielfach nicht geahnten Umfang der Beziehungen zwischen der Gesundheitspflege und fast allen andern menschlichen Tätigkeitsgebieten vor Augen geführt. Man hat gesehen, dass es heute kaum noch ein Ding gibt, das nicht auch hygienisch angesprochen werden könnte. Wenn auf der Ausstellung z. B. ein Glashaus für Pflanzenanzucht vorgeführt wurde, so mag das zunächst in dem Wunsche seines Erbauers begründet gewesen sein, der die vielbesuchte Ausstellung auch für seinen geschäftlichen Vorteil ausnutzen wollte; denn im allgemeinen baut man Pflanzenhäuser zur Anzucht von Gewächsen wärmerer Gegenden, die nicht in allen Entwickelungsstufen unser Klima im Freien vertragen, aber nicht um kranken Menschen zu dienen oder gesunde Menschen vor Krankheit zu behüten. Wenn wir aber zur Förderung der Wiedergenesung erkrankter oder zur Kräftigung der Gesundheit schwächlicher Menschen die Beschäftigung mit Gartenbau heranziehen, dann gewinnt auch solch ein Pflanzenhaus Bedeutung und wird „hygienisch". Und wenn von der gesundheitfördernden Wirkung des Gartenbaues gesprochen wird, dann ist der Weg zu den Beziehungen zwischen Gesundheitspflege und Gartenkunst auch nicht mehr weit.

Die Unterschiede zwischen Gartenbau und Gartenkunst, zwei von den meisten Menschen vermengte und verwechselte Begriffe, wozu Kunstgärtnerei als dritter hinzukommt, werden meist nicht beachtet. Wer im Garten Blumen und Obstbäume pflegt, wer sein Land draussen vor der Stadt mit Gemüse bestellt oder in der Baumschule junge Sträucher und Bäume heranzieht, wessen Tätigkeit also auf die Gewinnung von Pflanzen und Pflanzenerzeugnissen gerichtet ist, der betreibt Gartenbau. Benutzt er

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

dabei Glashäuser, besondere Vermehrungs- und Veredlungsverfahren und ähnliche Hilfsmittel, dann wird seine Tätigkeit zur Kunstgärtnerei, d. h. zu einer durch künstliche Mittel gehobenen und vervollkommneten Betriebsform des Gartenbaues. Wer sich endlich damit befasst, Gärten zu schaffen, dabei dem jeweiligen Zwecke unter Wahrung schönheitlicher Gesichtspunkte gerecht zu werden sucht und seine Schöpfung mit Bäumen, Sträuchern und Blumen, also den Erzeugnissen von Gartenbau und Kunstgärtnerei, daneben aber auch mit andern Dingen, Bildwerken, Baulichkeiten, Bänken und sonstigen Gebrauchsgegenständen ausstattet, der betätigt sich künstlerisch und übt Gartenkunst aus.

Für die Beziehungen zwischen diesen Gebieten und der Gesundheitspflege ist der Unterschied zwischen Kunstgärtnerei und Gartenbau belanglos. Die Beschäftigung mit ihnen ist von jeher wegen ihrer Körper und Geist gesund erhaltenden Wirkung geschätzt worden, und tatsächlich ist ja auch der Beruf des Gärtners ein gesunder. Es ist das die Folge der den Anforderungen der Pflanzenzucht angegepassten naturgemässen Tageseinteilung und geregelten Lebensweise, die sich besonders durch Frühaufstehen, beständigen Aufenhalt in frischer Luft, körperliche Betätigung usw. kennzeichnen. Auch in ethischer Beziehung ist die Beschäftigung mit Gartenbau von Bedeutung; sie gewährt manchen Einblick in den Werdegang der Natur, regt Geist und Gemüt an und ist daher im Kampfe gegen Genusssucht und Gemütsverrohung ein nicht zu unterschätzender Bundesgenosse.

Alle Bestrebungen, welche darauf abzielen, dem Grossstadtmenschen wieder mehr Gelegenheit zur Betätigung im Garten zu verschaffen, verdienen deshalb die nachhaltigste Unterstützung, einerlei ob es sich dabei um die Ermöglichung gesunden Wohnens in draussen gelegenen Landhausvierteln oder nur um die Bereitstellung und Einrichtung von Land zu Schrebergärten und Kleingartenbauzwecken handelt.

Auch die Anregungen Dr. Bermbachs auf der 40. Tagung des Niederrhein. Vereins f. öffentl. Gesundheitspflege am 23. Oktober 1909 in Aachen, in denen er vorschlug, dass die Gemeinden unter ärztlicher Aufsicht stehende Gartenarbeitsstätten einrichten sollten, um Gartenarbeit zur Förderung und Ergänzung des Heilverfahrens bei gewissen Klassen von Kranken nutzbar zu machen, sind sehr beachtenswert und sollten zu Versuchen in dieser Richtung Anlass geben.

Herr Dr. Bermbach sieht die Einrichtung solcher Gartenarbeitsstätten als Aufgabe der Gemeinden an, weil für sie die Rentabilität keine Rolle zu spielen brauche. Man kann aber der Ansicht sein, es sei mehr Aufgabe der Versicherungsanstalten, solche Arbeits-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

stätten einzurichten und sie zweckmässig so zu gestalten, dass nicht nur Wiedergenesende vorübergehend, sondern auch Personen, die infolge von Krankheit und Berufsschäden zu anderer Arbeit untauglich geworden sind, dauernd in ihnen beschäftigt werden können. Wir machen bei den städtischen Gartenverwaltungen sehr oft die Erfahrung, dass man in ihren Betrieben solche Personen gegen einen ihrer herabgeminderten Leistungsfähigkeit entsprechenden Lohn zu dauernder Beschäftigung unterzubringen sucht. Hier sind sie aber nicht am rechten Platze; denn die Art dieser Betriebe lässt eine Trennung zwischen ihnen und Vollarbeitern nicht zu. Die Folge ist, dass der sich aufdrängende Vergleich sie fortgesetzt an ihre Minderwertigkeit mahnt und im Verein mit dem geringen Arbeitsverdienst lähmend und niederdrückend auf sie wirkt. Das käme in vollständig der Eigenart solchen Personals angepassten Anstalten in Fortfall.

Es mögen in diesem Zusammenhange auch einige Worte über die Neigung mancher Ärzte und Erzieher gestattet sein, die glauben, den Gartenbau jungen Leuten mit schwacher Gesundheit oder mangelhafter geistiger Veranlagung als geeigneten Beruf empfehlen zu können. Der Gartenbau ist ein gesunder Beruf, d. h. ein Beruf, der denjenigen gesund erhält, der ihn als gesunder Mensch ergriffen hat; es ist aber kein Beruf für schwächliche und gesundheitlich minderwertige Menschen, sofern sie darin ihr Fortkommen suchen und den freien Wettbewerb mit den besser Veranlagten aufnehmen wollen. Es wartet ihrer eine anstrengende Tätigkeit; sie müssen jeder Witterung, im Sommer und Winter, bei Nässe und Kälte gewachsen sein, den empfindlichen Wechsel des Aufenthalts in überheizten Gewächshäusern und im kalten Nordost im Freien mitmachen. Sie können sich diesen Anforderungen, auch wenn sie später auf leitende Stellungen rechnen, in der Ausbildungszeit keinesfalls entziehen. Nur kräftige und durchaus gesunde Naturen sind den Anforderungen dieses Berufs auf die Dauer gewachsen; es kann deshalb nicht dringend genug vor dem Irrtum gewarnt werden, als brauche ein schwächlicher junger Mann nur den Gärtnerberuf zu ergreifen, um draussen im Sonnenschein zwischen Blumen und Bäumen von selbst gesund und stark zu werden.

Dr. Bermbach kommt in seinem Vortrag auch auf diese Frage zu sprechen und glaubt, dass solche Fälle ihrer Seltenheit wegen keine Rolle spielen. Wer aber im Gartenbauberuf Bescheid weiss, der kennt zahlreiche Fälle mit betrübenden Folgeergebnissen, wo in vorgefasster Meinung der Gartenbau für junge Leute mit schwacher Gesundheit gewählt worden ist. Nicht im Interesse des Berufsstandes, der ja naturgemäss nicht gehoben wird durch die Zuführung ungeeigneter Personen, sondern im Interesse dieser letzteren

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

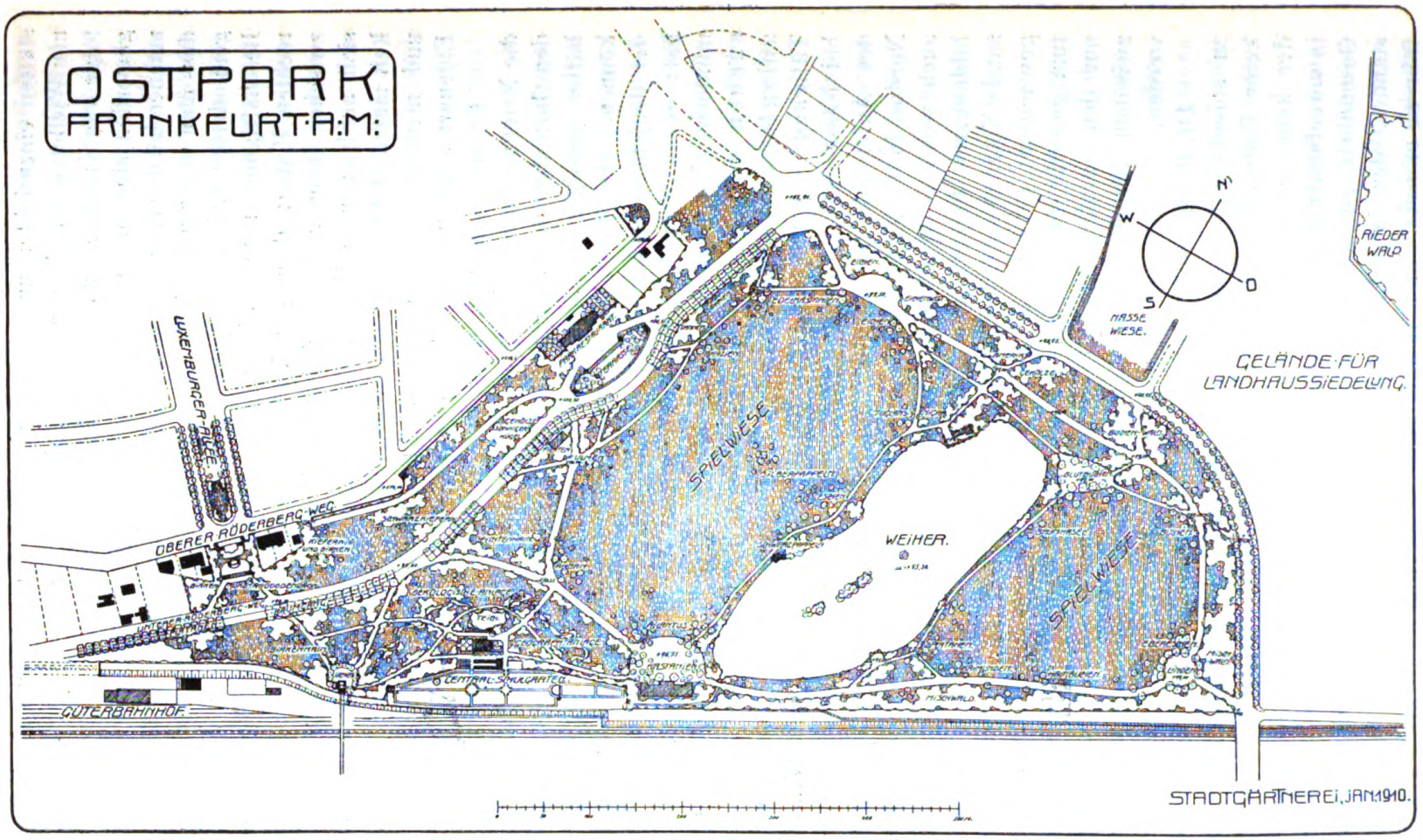


Abb. 2. Lageplan des Ostparkes zu Frankfurt a. M. Gesamtgrösse: ca. 40 ha; Grösse der Spielwiese: 9 u. 4½ ha.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

selbst und ihrer Angehörigen kann diese Mahnung nicht oft genug ausgesprochen werden.

Wesentlich anders geartet sind die Beziehungen der Gartenkunst zur Gesundheitspflege. Ihr fällt die Aufgabe zu, denen, die keinen Garten haben und sich auch nicht auf andere Weise im Gartenbau betätigen können — man kann nicht allen Grossstadtbewohnern Schrebergärten zur Verfügung stellen oder sie in Landhausvierteln unterbringen, — wenigstens soweit Ersatz zu schaffen, dass sie sich den Genuss des Aufenthaltes in Gärten und Grünanlagen, der für jeden Menschen, besonders aber für den Grossstadtmenschen, zur Erhaltung der durch die städtische Lebensweise und Beschäftigungsart gefährdeten Gesundheit notwendig ist, jederzeit bequem verschaffen können.

Zu diesem Zwecke sind die zahlreichen Volksparks, Ringpromenaden und gärtnerischen Anlagen auf öffentlichen Stadtplätzen in den letzten fünfzig Jahren geschaffen. Freilich müssen wir von unserm heutigen Standpunkte aus zugestehen, dass diese Anlagen in ihrer Mehrzahl neben dem Zweck, Erholungsstätten für die Bevölkerung zu bilden, mehr als uns jetzt zweckmässig erscheint, ihre andere Bestimmung, nämlich dem Stadtbild zur Verschönerung zu dienen, betonen. Es waren und sind zum Teil heute noch sauber herausgearbeitete und mit allen Mitteln gärtnerischer Verschönerungstechnik ausgestattete Zieranlagen, in denen sich die Bevölkernng zwar ergehen und aufhalten kann, aber immer mit dem beengenden Gefühl, welches Kinder empfinden, wenn sie die gute Stube betreten. Sie entsprachen jedoch in dieser Form und Aufmachung den Bedürfnissen der Zeit, in der sie entstanden sind, und es ist ein müssiges Beginnen, sie heute zu bekritteln und herabzusetzen, weil sie den weitergehenden Ansprüchen der Gegenwart nicht mehr genügen.

Inzwischen hat sich bekanntlich die Erkenntnis von der Notwendigkeit der Spiel- und Sportbetätigung für die Gesunderhaltung unseres Nachwuchses überall durchgesetzt und verlangt heute gebieterisch Berücksichtigung. Nicht minder hat die Vorliebe für Turn- und Rasenspiele unter den Erwachsenen Verbreitung und Pflege gefunden, und schliesslich will alle Welt sich frei und ungezwungen bewegen können, ohne fortgesetzt durch „Betreten verboten“ und dgl. behindert zu sein. Man darf zugeben, dass unsere Gartenkünstler nach einem anfänglichen kurzen Besinnen sich schnell mit den Anforderungen der neuesten Zeit abgefunden und, wo es angängig war, die bestehenden Anlagen den veränderten Bedürfnissen angepasst, vor allen Dingen aber bei Neuschöpfungen ihnen in weitestem Masse Rechnung zu tragen verstanden haben. Es darf in dieser Beziehung hingewiesen werden auf den Vortragszyklus über das

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

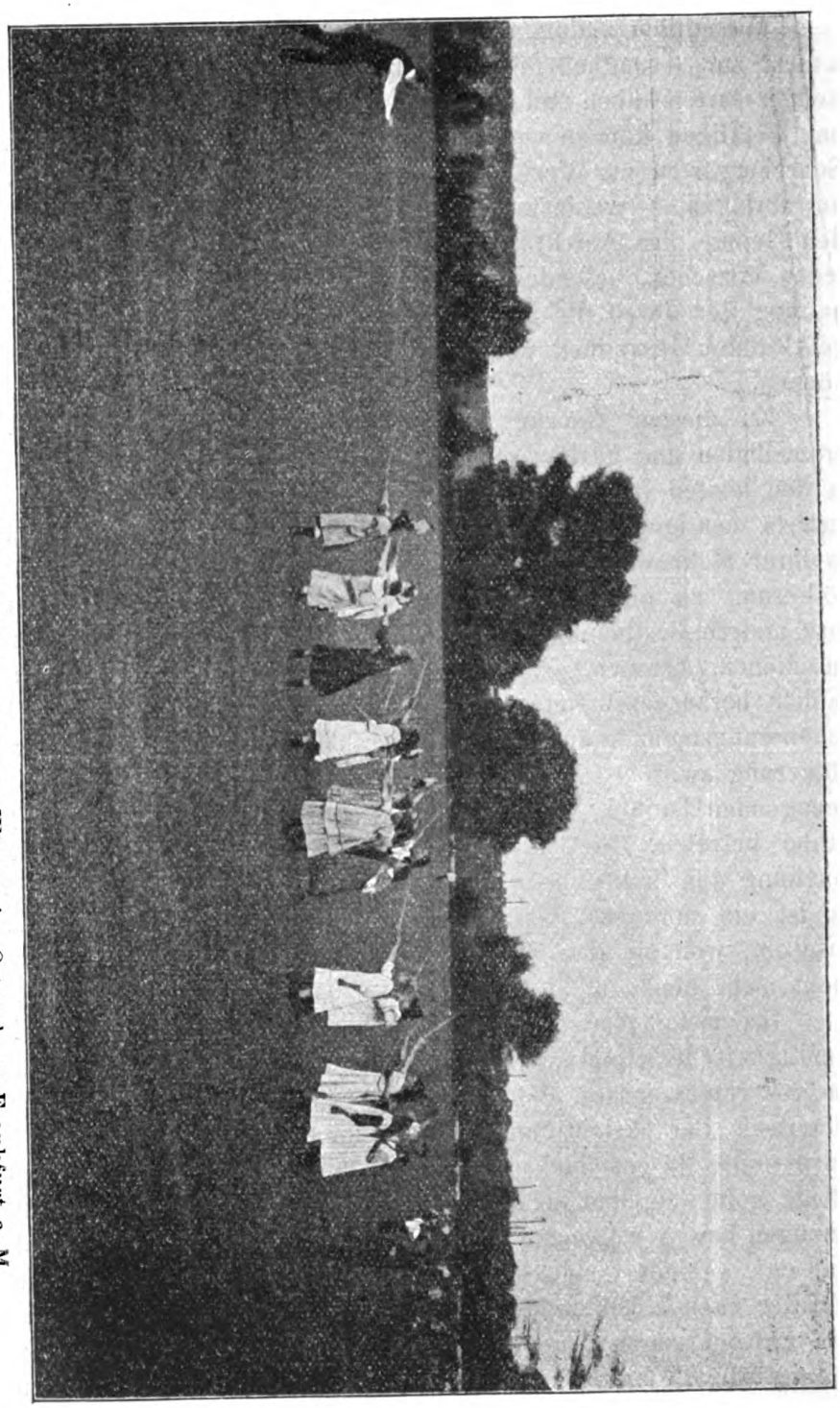


Abb. 3. Kindergruppen beim Spiel auf den grossen Wiesen im Ostpark zu Frankfurt a. M.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:54 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

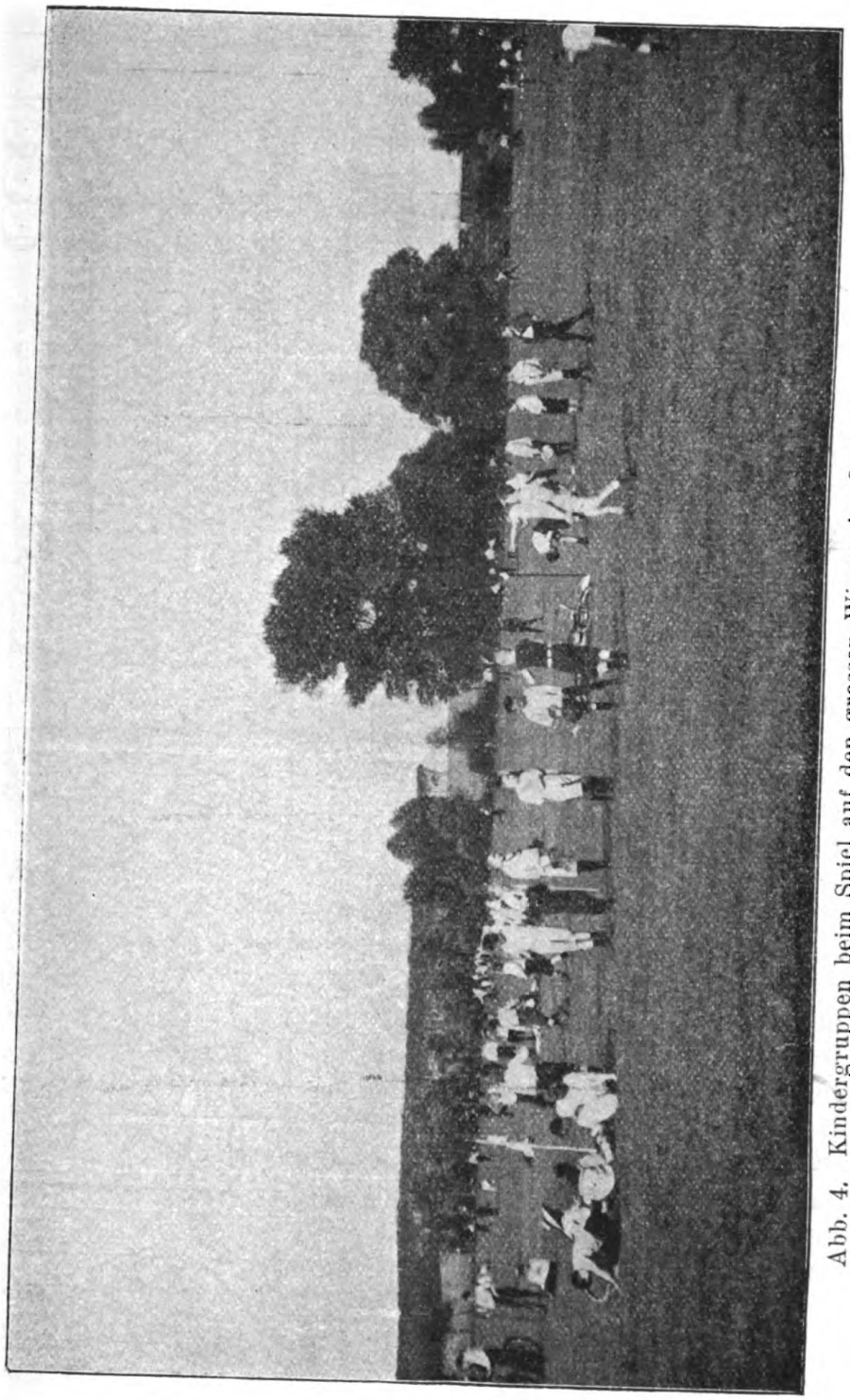


Abb. 4. Kindergruppen beim Spiel auf den grossen Wiesen im Ostpark zu Frankfurt a. M.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

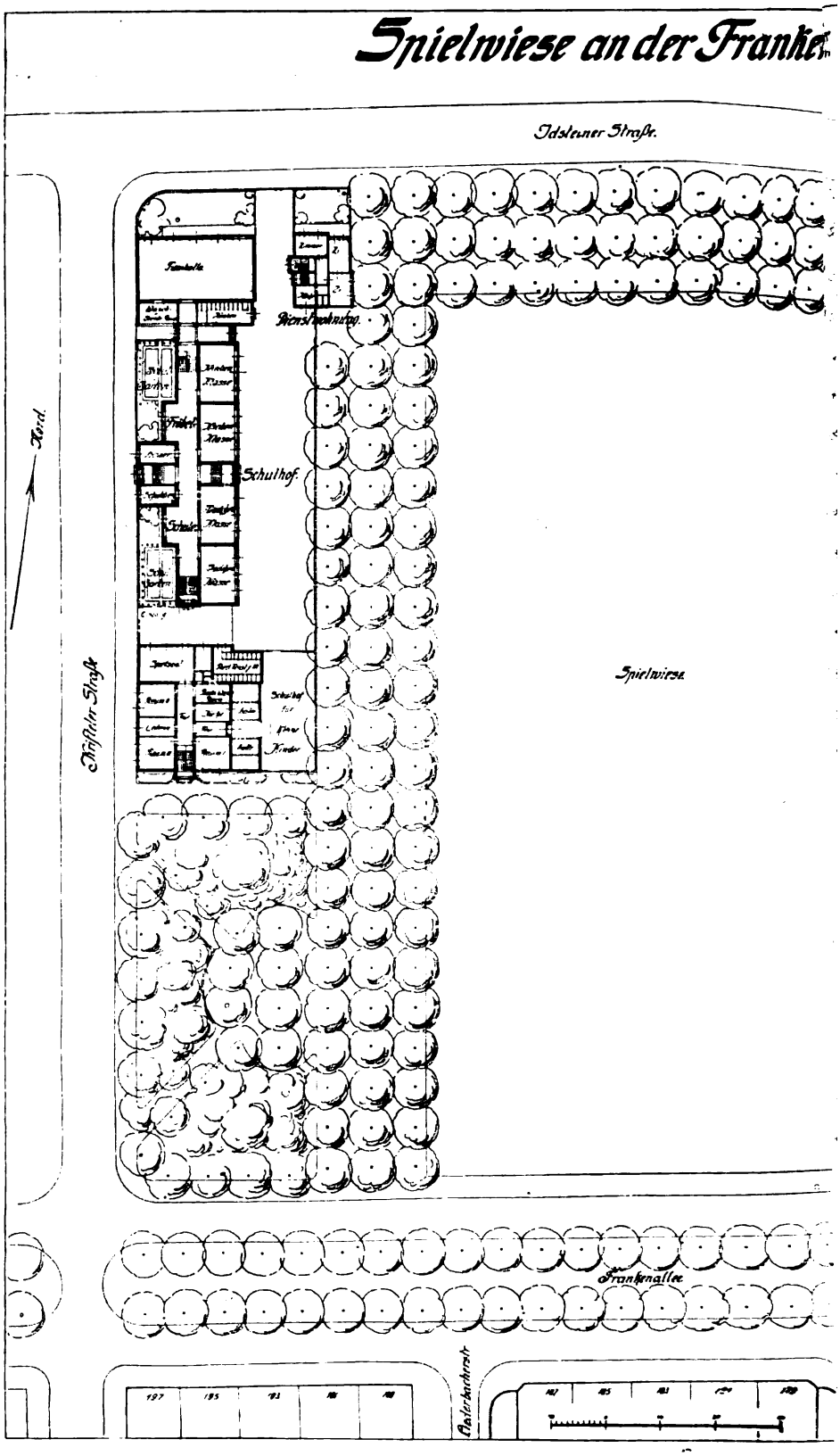
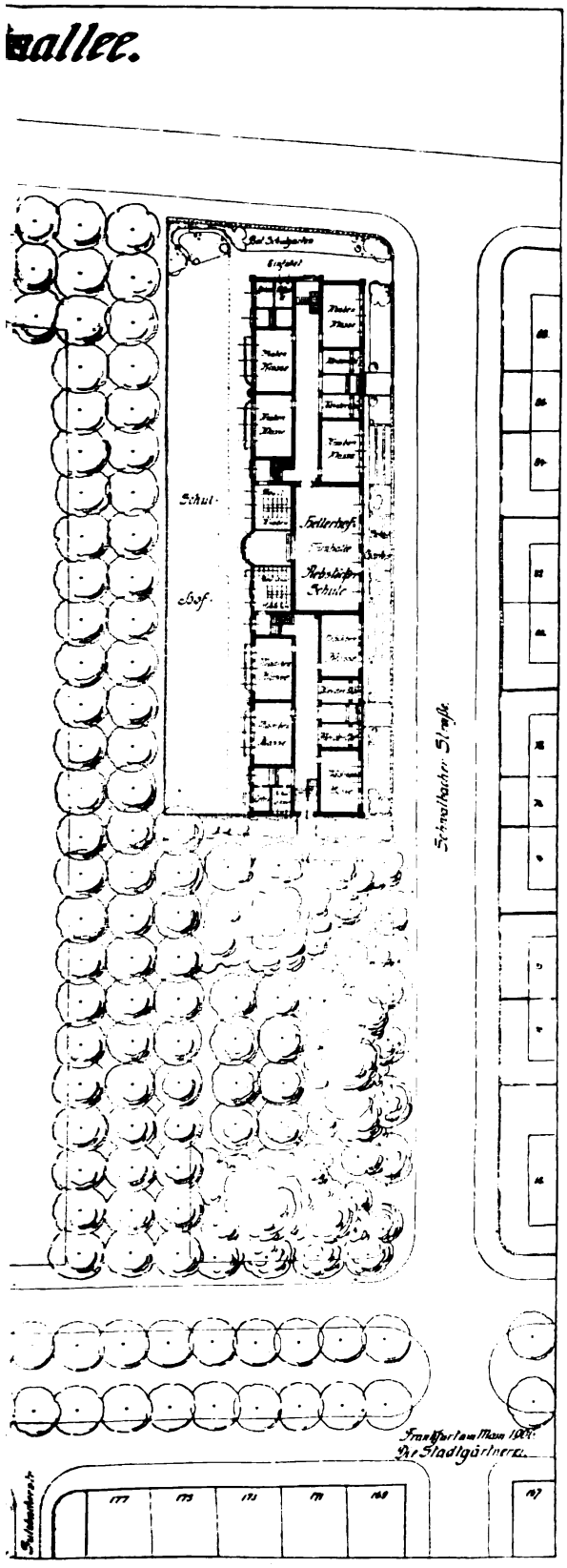


Abb. 1. Lageplan der Spielwiese an der Franken-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google



llee zu Frankfurt a. M.

Thema: „Wie können die öffentlichen Anlagen für die Bevölkerung besser nutzbar gemacht werden?“, den die deutsche Gesellschaft für Gartenkunst gelegentlich ihrer Jahresversammlung 1908 in Potsdam veranstaltete.

Heute bestimmen bei öffentlichen Gartenschöpfungen innerhalb der Städte nicht ästhetische, sondern praktische Gesichtspunkte die wichtigsten Programmforderungen. Die Benutzungsmöglichkeiten, vor allen Dingen die Forderung der Rasenfreiheit, stehen dabei obenan. Und gute Beispiele zeigen, dass diese neue Art von Anlagen durchaus nicht der Schönheit entbehrt; die grossen, von hainartigen Baumgruppen umrahmten Spielwiesen im Volkspark haben ihre eigene Schönheit nicht minder wie der von einigen Baumreihen begrenzte viereckige Rasenteppich auf einem städtischen Platz. Die ruhigen Formen und die dadurch bedingte vorteilhafte Raumwirkung befriedigen in allen Fällen mehr als vordem die landschaftlichen Scheineffekte der von Wegen zerschnittenen, in Eisendrahteinfriedigungen gehaltenen und mit allerlei Strauchwerk und Blumenkünsten ausgestatteten Zieranlagen.

Und schliesslich braucht ja der Blumenschmuck nicht zu fehlen. Er soll nur in sinn- und sachgemässer Form sich halten, am besten in abgegrenzten besonderen Blumengärtchen, und darf die Zweckmässigkeit und Benutzungsmöglichkeit der Anlagen nicht vereiteln. Den schönsten Schmuck aber sollen die sich im hellen Sonnenschein auf dem grünen Wiesenplan tummelnden Gruppen gesunder, fröhlicher Menschenkinder bilden.

Und wenn neuerdings besonders auf die Spiel- und Sportplätze in den Parkanlagen amerikanischer und englischer Städte hingewiesen wird, so darf man

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

den beteiligten deutschen Kreisen zugestehen, dass diese Beispiele weniger die Anregung zu dem eingetretenen Umschwunge gegeben haben, als vielmehr eine Bestätigung dafür sind, dass man sich auch bei uns auf dem richtigen Wege befindet.

Wie man neuerdings öffentliche Anlagen unter Voranstellung ihrer praktischen Nutzbarkeit für alle Klassen der Bevölkerung zu gestalten und sich dabei mit den verschiedenartigsten Verhältnissen abzufinden weiss, das hat die in der Dresdener Ausstellung, Gruppe Städtebau, untergebrachte Sammlung von Entwürfen und Darstellungen neuzeitlicher städtischer Gartenanlagen gezeigt. Die Entwürfe von F. Schumacher für den neuen Hamburger Stadtpark, Enckes Arbeiten in Cöln (Klettenberg-, Vorgebirgs- und Herkulespark), ferner die zweckentsprechende Berücksichtigung, die gut verteilte und ausreichend bemessene Grünanlagen bei der Stadterweiterung Posens gefunden haben, seien aus zahlreichen anderen Beispielen hervorgehoben.

Auch in andern Abteilungen der Ausstellung steckte wertvolles Material aus unserm Gebiete. Indessen mag es mir gestattet sein, an drei Beispielen aus meinem eigenen Tätigkeitsbereich zu zeigen, wie man unter verschiedenartigen Verhältnissen den neuzeitlichen Anforderungen in öffentlichen Gartenanlagen gerecht zu werden sucht.

Die Spielwiese an der Frankenallee (Abb. 1) ist das Ergebnis eines vorhergegangenen missglückten Versuchs. Man hatte an anderer Stelle bei Anlage eines kleinen Stadtplatzes versucht, anstatt der üblichen Zieranlage eine der Jugend freizugebende Rasenfläche zu schaffen. Es hatte sich schnell herausgestellt, dass die Fläche zu klein bemessen war, der Rasen erlag den zahlreichen Fusstritten, die Nachbarschaft beschwerte sich über den lärmenden Unfug, in den das Treiben der Jugend auf der für regelrechte Spiele unzulänglichen Fläche bald ausartete. An der Frankenallee bestimmte man einen geräumigen Baublock für einen neuen Versuch. Die Wiese ist ohne die Allee ringsum $1^1/_8$, mit dieser $2^1/_4$ ha gross und geräumig genug, um geregelte Spiele darauf zu betreiben. Anstatt mit Mietshäusern, ist sie an ihren Rändern mit Schulbauten besetzt, so dass einmal die Belästigung privater Anwohner vermieden und ausserdem die Spielwiese zur Ergänzung der Schulhöfe direkt nutzbar gemacht ist. Dieser Versuch hat sich ausgezeichnet bewährt.

Ein anderes Beispiel ist der Frankfurter Ostpark (Abb. 2). Ein Gelände von rund 40 ha ist hier zu einem Volkspark gestaltet worden, dessen wesentliche Bestandteile zwei grosse, fast an englische Verhältnisse heranreichende Spielwiesen sind. Die eine ist rund 9 ha gross und bietet ausreichenden Raum für das

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gleichzeitige Spiel von acht Fussballabteilungen, die andere ist $4^1/_2$ ha gross und kann vier Fussballabteilungen gleichzeitig aufnehmen. Zum Vergleich sei darauf hingewiesen, dass die Spielwiesen des vielbesprochenen Berliner Schillerparkes nur 4,2 und 3,5 ha gross sind, was für Berliner Verhältnisse kaum zureichend sein dürfte.

Die Wiesen dienen einem grossen Teil der Frankfurter Schulen zur Abhaltung ihrer Spiele (Abb. 3 und 4). Sie werden von den Spielabteilungen zahlreicher Turn- und Sportvereine benutzt, und ausserdem tummelt sich Jung und Alt bei günstigem Wetter zwanglos darauf umher. Man muss das Treiben, das sich an schönen Sommertagen hier entwickelt, mitangesehen haben, um zu begreifen, welches Bedürfnis nach zwangloser Bewegungsfreiheit bisher nicht zum Ausdruck kommen konnte, weil die Gelegenheit zur Betätigung fehlte.

Die rund 4,8 ha grosse Teichfläche, welche die beiden Wiesen trennt, bildet im Winter die beliebteste Eisbahn in der ganzen Umgebung. Sie

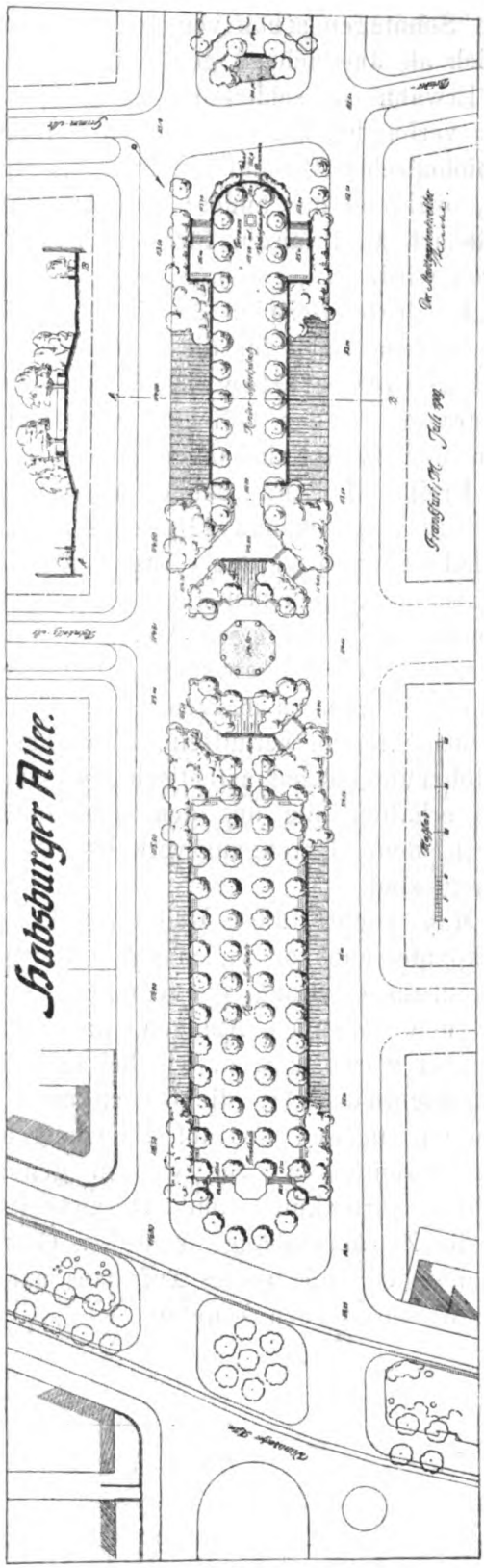


Abb. 5. Lageplan der Gartenanlagen in der Habsburger Allee zu Frankfurt a. M.
Die Kinderspielplätze sind durch Rasenböschungen von den Strassen getrennt.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ist an Sonntagen schon von 10000 Personen besucht worden und hat sich als ausreichend geräumig für diese Anzahl erwiesen.

Erwähnt sei schliesslich noch, dass mit dem Parke ein Schulgarten verbunden ist, dessen einer Teil nach pflanzengeographischen und biologischen Gesichtsspunkten geordnete Vegetationsbilder darbietet, während der andere Teil Anzuchtfelder enthält, auf denen der Bedarf an Pflanzen für den Naturkundeunterricht der Schule gezogen wird.

Als drittes Beispiel für die praktische Nutzbarmachung öffentlicher Gartenanlagen für die Bevölkerung sei ein Teil der Anlagen der Habsburgerallee (Abb. 5) angeführt. Letztere ist eine Alleestrasse in der üblichen Aufteilung mit beiderseitigen Vorgärten und zwei Fahrbahnen, in der Mitte ein Anlagestreifen von 35 m Breite. Die Fahrbahnen mussten wegen des Anschlusses an das übrige Strassennetz $1^1/_2$ bis 2 m unter die ursprüngliche Geländehöhe gesenkt werden. Anstatt diese Senkung mitzumachen und die Mittelflächen zu einem alltäglichen Promenadenstreifen zu machen, hat man sie hoch liegen lassen und in mit Bäumen bestandene Kinderspielplätze umgewandelt. Letztere sind mit Hecken gegen die Rasenböschungen begrenzt, die den Übergang zu den tiefergelegenen Strassen vermitteln. Man hat auf diese Weise nicht nur den Höhenunterschied ästhetisch wirksam ausgenutzt, sondern Spielplätze erhalten, die aus dem Strassenniveau herausgehoben und dadurch dem Durchgangsverkehr entzogen und in sich abgeschlossen sind.

Man könnte diese Reihe von Beispielen beliebig fortsetzen. Man könnte auch an vielen guten Beispielen auf dem Gebiete der Krankenhausgestaltung, der Arbeiterfürsorge, der Luft- und Sonnenbäder und sonstigen Anlagen, die in der Dresdener Ausstellung vorgeführt waren, zeigen, wie bei sehr vielen Einrichtungen sozialer und hygienischer Art die Gartenkunst berufen ist, mitzuwirken. Allein wir müssen uns auf die wenigen Typen, die wir skizziert haben, beschränken. Sie werden genügen, um die Beziehungen zwischen Gartenkunst und Gesundheitspflege darzutun, wie ja auch die Zusammenhänge zwischen Gesundheitspflege und Gartenbau im ersten Teile dieses Aufsatzes nur mit wenigen Andeutungen nachgewiesen werden konnten.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Orthopädische Schulturnkurse an den Volksschulen der Stadt Dortmund.

Von

Dr. Steinhaus, Stadtschularzt, und **Dr. Zeller**, Spezialarzt für Orthopädie.

Teils auf eine Anregung des einen von uns hin, teils in Anlehnung an den Min.-Erl. vom 13. Juni 1908 hat die Stadtschuldeputation 1910 die Einrichtung eines orthopädischen Turnkurses für Volksschülerinnen beschlossen. Die Stadtverordneten-Versammlung bewilligte im Etat des Volksschulwesens pro 1910 750 M. für diesen Zweck.

Die Vorarbeiten begannen im Sommerhalbjahr 1910 damit, dass 12 technische Lehrerinnen zunächst Unterweisung in der Lehre von den Haltungsveränderungen des kindlichen Körpers unter gleichzeitiger Demonstration von kranken Kindern erhielten. Es wurden die verschiedenen Formen von Wirbelsäulenverkrümmungen und Haltungsanomalien, ihre Ursachen, ihre Erkennung und ihre Beeinflussung durch turnerisch-orthopädische Übungen besprochen. Der eine von uns hielt weiterhin zwei Vorträge über den Einfluss der Schule durch Bänke und Schreibsitzhaltung auf die zu Verkrümmungen und Haltungsanomalien disponierten Kinder.

Im Anschluss an diese theoretische Ausbildung wurden dann die Kinder, die zu dem Kursus herangezogen werden sollten, den Lehrerinnen demonstriert, um ihnen zunächst die verschiedenen Formen praktisch vor Augen zu führen, deren Beeinflussung ihnen im Winterhalbjahr obliegen sollte.

Die Auswahl dieser Kinder war vorher von dem einen von uns durch Untersuchung der ganzen Klassen derjenigen Schulen, aus denen die Kinder gewählt werden sollten, vorgenommen worden.

Es sollten Kinder von je drei katholischen und evangelischen Schulen des Südens der Stadt und zwar aus den V., IV. und III. Klassen für den Kursus in Aussicht genommen werden, der in einer Turnhalle im Süden stattfinden sollte.

Es wurden im ganzen 668 Mädchen genau untersucht. Bei $213 = 31{,}9\,\%$ wurden seitliche Verbiegungen der Wirbelsäule und andere Anomalien festgestellt.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Im einzelnen ergab die Untersuchung folgendes. Es zeigten

Links konvexe Skoliose	Rechts konvexe Skoliose	Schulterhochstand links	Schulterhochstand rechts	Runden Rücken	Schwäche d. Rückenmuskeln	Flachen Rücken	Lordose	Schwere Haltungsanomalie	Kyphose der Halswirbel	
74	15	14	24	55	11	13	2	3	2	= 213 Kinder

Auf die einzelnen Klassen verteilt ergaben sich folgende Prozentsätze in 4 V., 6 IV. und 3 III. = insgesamt 12 Klassen:

Klasse V	Klasse IV	Klasse III
28 %	36,0 %	24,6 %
45 %	33,3 %	35,2 %
34,3 %	25,8 %	26,8 %
40,0 %	26,1 %	
	30,6 %	
36,8 %	30,36 %	28,87 %

Gesamtprozentziffer.

Das Ergebnis unserer Untersuchungen scheint darnach mit den andernorts veranstalteten Erhebungen insofern im Einklang zu stehen, als 30—40 % der Mädchen an Skoliosen und Haltungsanomalien leiden.

Obwohl der ärztliche Plan für die Gestaltung des Kursus bei uns feststand, hielten wir es doch für zweckmässig, uns an einer Inspektionsreise, an der noch Herr Stadtschulrat Dr. Schapler und Herr Oberturnlehrer Strohmeyer teilnahmen, zu beteiligen. Es wurden die Kurse in Hagen und Düsseldorf besucht. Den Herren Stadtassistenzarzt Dr. Leonhard-Düsseldorf und Oberturnlehrer Echternach-Hagen möchten wir auch an dieser Stelle für bereitwilligst erteilte Informationen unseren besonderen Dank abstatten.

Bei der hiesigen Einrichtung gingen wir von folgenden Voraussetzungen aus.

Bei der Bekämpfung und Behandlung der Skoliosen und Haltungsanomalien des schulpflichtigen Alters kann man eine dreifache Staffel scheiden:

1. Prophylaktisch gegenüber der Entstehung und Entwicklung beider Störungen wirkt das Turnen mit vorwiegender Betonung von Haltungsübungen. Von diesem Gesichtspunkte aus erscheint es durchaus geboten, das ganze Mädchenturnen auf einer anderen Grundlage aufzubauen als bisher, soweit gesunde Kinder in Frage kommen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

2. Sind Skoliosen und Haltungsanomalien zur Entwicklung gekommen, dann hat man es mit kranken Kindern zu tun, die neben der jeweiligen örtlichen Veränderung auch mehr minder ausgeprägte Allgemeinsymptome darbieten. Hier setzt die Orthopädie ein, die Lehre von den Deformitäten des Knochensystems und ihrer Behandlung. Die Skoliosen I. Grades, die noch mobilisiert sind, und sämtliche Haltungsanomalien gehören in die orthopädischen Schulturnkurse hinein, weil 1. alle die Kinder, die von ihnen befallen sind, in Anstalten (Privat- und sonstigen Kliniken) nicht behandelt werden können, weil 2. die Kurse prophylaktisch gegenüber einem weiteren Fortschreiten der Anomalie wesentliches zu leisten vermögen. Wir reservieren in Übereinstimmung mit Schmidt (Orthopädische Turnkurse an unseren Schulen, Gesunde Jugend, IX. Jahrg., Heft 10/12, 1910) die orthopädischen Turnkurse für nicht fixierte Skoliosen I. Grades, für exquisite Schulterhochstände, für runde und flache Rücken und für die prädisponierten Rückenschwächlinge.

3. Fixierte Skoliosen II. Grades mit beginnendem Rippenbuckel und Skoliosen III. Grades mit Rippenbuckel gehören wegen der unbedingt notwendigen individualisierenden Apparatebehandlung in die orthopädischen Anstalten hinein.

Soweit scheint bezüglich der Wesenheit der orthopädischen Turnkurse bei den Kennern der Anomalien der Wirbelsäule der schulpflichtigen Kinder nach der neueren Literatur Einigkeit zu bestehen.

In der praktischen Handhabung scheinen aber noch grosse Differenzen zu bestehen.

Wir haben bei den Vorberatungen uns auf den Standpunkt gestellt, dass es, um eine möglichst individualisierende Behandlung der Kinder zu garantieren und vor allem eine genaue Durchführung der einzelnen Übungen zu erzielen, unbedingt erforderlich ist, 1. kleine Gruppen zu 8—9 Kindern zu bilden, 2. in diesen Gruppen Kinder mit einer gleichgearteten Störung zu vereinigen. Nur so wird es der einzelnen Lehrerin möglich sein, jede Übung des einzelnen Kindes und ihre exakte Durchführung, auf die es allein ankommt, genau zu überwachen; auch der das Turnen überwachende Arzt ist so in die Lage versetzt, bei jedem einzelnen Kinde einzugreifen.

Weiterhin haben wir uns von vorneherein auf den Standpunkt gestellt, dass die Leitung des Kurses einem in der Orthopädie vorgebildeten Arzt anvertraut werden und dass der Arzt in jeder Turnstunde anwesend sein muss, um die exakte Durchführung der von ärztlichen Gesichtspunkten aus vorgeschriebenen Übungen zu überwachen. Steht kein Orthopäde zur Verfügung — und das wird in allen mittleren und kleineren Städten der Fall sein —, so muss mit der Leitung der Kurse wenigstens ein Arzt betraut werden, der sich

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

mit den klinischen Erscheinungen der Skoliosen und übrigen Wirbelsäulendeformitäten genau vertraut gemacht, speziell anatomische und physiologische Studien getrieben und in der Anstalt eines in der Orthopädie ausgebildeten Kollegen sich in die Behandlung der Deformitäten, soweit sie für die Kurse, die wir hier im Auge haben, in Betracht kommt, eingearbeitet hat. Sonst wird der guten Sache mehr geschadet als genützt. Jeder Schularzt ist unserer Ansicht nach zur Leitung orthopädischer Schulturnkurse ohne weiteres nicht geeignet. An diesem Standpunkte muss unseres Erachtens unbedingt festgehalten werden.

Die Vereinigung der Schulärzte Deutschlands hat sich gelegentlich ihrer diesjährigen Tagung in Dresden im Anschluss an einen Vortrag von Kreissmann mit der Frage der orthopädischen Schulturnkurse befasst. Anlass gab die Resolution der Deutschen Gesellschaft für orthopädische Chirurgie 1910, die eine Behandlung der Skoliose in der Schule abgelehnt hatte.

Der Vorstand der Vereinigung hat im Auftrage der Plenarversammlung eine Gegenresolution abgefasst, deren einzelne Leitsätze kaum die Billigung der mit der vorliegenden Frage vertrauten Ärzte finden werden.

Es ist zunächst nicht zum Ausdruck gebracht, dass kranke Kinder in den orthopädischen Schulturnkursen vereinigt werden sollen. Ein weiterer Leitsatz bringt zum Ausdruck, dass die Übungen von orthopädisch ausgebildeten Lehrpersonen geleitet werden sollen, dass dagegen der Arzt, der an diesen Kursen tätig ist, einer besonderen orthopädischen Ausbildung nicht bedarf.

Bezüglich des letzten Vorschlages tauchen doch sehr gewichtige Bedenken auf. Stellt man sich auf den von uns präzisierten Standpunkt, dass ein Arzt Leiter der Kurse sein soll, dann ist die orthopädische Vorbildung desselben zunächst unabweisbares Postulat, wenigstens soweit, als das hier in Frage kommende Kapitel der Orthopädie in Betracht kommt.

Es besteht doch die Befürchtung, dass der Arzt, wenn er nicht im Sattel gerecht sitzt, gegenüber den „orthopädisch vorgebildeten“ Lehrpersonen in den Hintergrund gerückt wird, das Heft aus den Händen verliert.

Dass jeder Arzt aber die genügenden Vorkenntnisse in den Fragen der Ätiologie, der Erkennung und Behandlung der Wirbelsäulendeformitäten von vorneherein mitbringt, wird wohl kaum jemand behaupten wollen.

Wenn eine Gemeinde, in der ein Orthopäde nicht tätig ist, einem Schularzt in dem bezeichneten Umfange Gelegenheit zu spezialistischen Studien und zur Ausbildung in der Leitung von orthopädischen Schulturnkursen gewährt, so ist damit auch der Vorteil

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

für sie verknüpft, dass dieser Arzt die Ausbildung der Lehrpersonen ad hoc übernehmen kann; damit würden Ersparnisse verknüpft sein.

Dem angezogenen Erlass des Herrn Ministers der geistlichen, Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten liegt ein Bericht des Herrn Oberbürgermeisters in Düsseldorf zugrunde, der die Einrichtungen und Erfahrungen schildert, die in dieser Stadt 1907 getroffen resp. gemacht sind.

In den ursprünglichen Düsseldorfer orthopädischen Kursen nahm die Apparatebehandlung einen breiten Raum ein. Wir haben auf unserer Inspektionsreise zu unserer Genugtuung feststellen können, dass alle Apparate ausser der Turnbank aus den Düsseldorfer Kursen gebannt sind. Es ist ein Verdienst des Herrn Kollegen Leonhardt, die Kurse gänzlich und zwar, wie mit Nachdruck hervorgehoben werden muss, so umgestaltet zu haben, dass sie allen billigen Anforderungen entsprechen; wir fanden ein reines gymnastisches Turnen, in dem nur Übungen vorgenommen werden, die geeignet sind, die Deformationen günstig zu beeinflussen. Leonhardt hat ausserdem grundsätzlich die Skoliosen II. und III. Grades von den Kursen ferngehalten; es werden nur ausnahmsweise einzelne arme Kinder in die Kurse aufgenommen, für die in anderer Weise seiner Ansicht nach nicht gesorgt werden kann (cf. Das orthopädische Turnen und die Schule, Zeitschrift für Schulgesundheitspflege 1910).

Weiterhin wurde in den Kursen ebenfalls in kleinen Gruppen geturnt. Leonhardt hatte also die beiden Prinzipien bereits durchgeführt, die auch wir als die richtigen hingestellt haben:

1. Ausschaltung aller Apparatbehandlung;
2. Bildung kleiner Turngruppen.

In zwei Punkten sind wir indes anderer Ansicht gewesen und haben dementsprechend auch die hiesige Einrichtung gestaltet.

So anerkennenswert der soziale Gedanke Leonhardts auch ist, die armen Kinder mit Skoliosen höherer Grade in die Kurse aufzunehmen, so halten wir diesen Modus nicht für den richtigen von der Vorstellung aus, dass diese Kinder grundsätzlich nicht in die Schulkurse hineingehören; sie bedürfen der Apparatbehandlung und des passiven Redressements, sie gehören in die orthopädischen Anstalten hinein; demzufolge werden sie hierorts solchen auf Kosten der Armenverwaltung oder der Volksschulkasse (cf. meine Diskussionsbemerkungen zu den Verhandlungen der III. Tagung der Vereinigung der Schulärzte Deutschlands. Teubner 1911) überwiesen.

Leonhardt hatte ferner nicht, wie wir es getan haben, Kinder mit gleichartigen Deformitäten zu Gruppen vereinigt.

Drittens erachteten wir zwei Lehrpersonen für nicht aus-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

reichend, um 40—50 Kinder genau bei den Übungen zu beaufsichtigen und deren exakte Durchführung zu garantieren.

Die Düsseldorfer Kurse haben demnach eine völlige und unseres Erachtens richtige Umgestaltung erfahren. Wir glaubten im Interesse der Gemeinden, die derartige Kurse einrichten wollen, darauf hinweisen zu dürfen, dass die Einrichtung, wie sie in der Anlage zu dem Min.-Erl. vom 13. Juni 1908 geschildert ist, nicht mehr besteht.

Der Hagener Kursus zeigt noch Anlehnung an die alte Düsseldorfer Einrichtung, insofern als Echternach noch Apparatebehandlung kennt und selbst Redressement vornimmt. Erstere gehört in die Schulturnkurse nicht hinein; das letztere erscheint in der Hand eines Laien nicht angebracht.

Ferner war an dem Hagener Kursus unseres Erachtens auszusetzen, dass die Haltungsübungen von sämtlichen Kindern zu gleicher Zeit ausgeführt wurden. Die Übungen wurden von den Kindern nicht exakt vorgenommen; das traf insbesondere für die so wichtige Spannbeuge und die Atmungsübungen zu.

Die Leitung des Kursus liegt schliesslich in den Händen des Oberturnlehrers; der Arzt steht abseits; er untersucht die Kinder am Beginn und zum Schluss des Kursus. Das ist, wie wir genügend betont haben und wie auch Leonhardt hervorgehoben hat, nicht richtig.

Wir haben gerne und dankbar mit beiden Herren unsere Ansichten und Erfahrungen ausgetauscht, alles, was wir als nützlich erkannt hatten, angenommen und auf unseren Kursus übertragen.

Prinzip blieb für uns, die Kinder etwa so zu behandeln, wie es in orthopädischen Anstalten geschieht, d. h. zu individualisieren und jedes einzelne Kind genau zu überwachen.

In folgendem seien deshalb noch einmal die Grundsätze, die wir aufgestellt haben, formuliert:

1. In die orthopädischen Schulturnkurse gehören mobilisierte Skoliosen I. Grades mit und ohne Schulterhochstände sowie die übrigen wesentlichen Anomalien, insbesondere runde Rücken und exquisit flache Rücken mit Schwäche der gesamten Rückenmuskulatur.

2. Um das Ziel derartiger Kurse zu erreichen, müssen kleine Gruppen (acht bis höchstens zehn Kinder) gebildet werden, in die immer nur dieselben Anomalien aufgenommen werden.

Wenn uns entgegengehalten wird, dass die Kinder auch in grösseren Abteilungen ihre Übungen, ob rechts, ob links, genau wüssten und auch richtig vornähmen, so heben wir demgegenüber hervor, dass 1. doch Verwechselungen vorkommen, 2. die Übersicht sehr erschwert wird, 3. die exakte Behandlung eines jeden

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Kindes unmöglich ist und 4. die Übungen an der Turnbank nicht vorgenommen werden können.

3. Die sachkundige Leitung des ganzen Kurses liegt in den Händen eines Arztes, da es sich um kranke Kinder handelt. Im Hinblick darauf, dass es sich um ganz bestimmte Erkrankungen handelt, wird der Arzt, der sich vornehmlich mit diesen Erkrankungen befasst, mithin der Orthopädie, zu bevorzugen sein; an Orten, wo ein solcher nicht ansässig ist, muss ein Arzt die verantwortliche Leitung übernehmen, der eine ad hoc vorgenommene Ausbildung erfahren hat.

4. Einer jeden Gruppe wird eine Lehrperson zugewiesen. Die Turnlehrer und Turnlehrerinnen sind wertvolle Helfer und Mitarbeiter, da sie durch ihre Tätigkeit in ganz besonderer Weise berufen sind, an der grossen Sache mitzuwirken und mitzuhelfen. Ihren Dienst regelt in den in Frage kommenden Städten der Oberturnlehrer, der auch die allgemeinen instruktiven Massnahmen trifft.

Nach diesen Grundsätzen ist der erste Dortmunder orthopädische Schulturnkursus eingerichtet worden.

Den Kursus leiteten die Verfasser im Verein mit dem städtischen Oberturnlehrer Strohmeyer. In ihn wurden nur Kinder aufgenommen, die die oben erwähnten Anomalien aufwiesen. Es wurden sechs Gruppen von je acht resp. neun Kindern gebildet und in denselben Kinder, die mit der gleichen Anomalie behaftet waren, jeweilig vereinigt. Mit jeder Gruppe arbeitete eine Lehrerin; sie machte ihre Übungen für sich, so dass stets eine leichte und genaue Übersicht möglich war. Jede Lehrerin behielt ihre Gruppe für die ganze Dauer des Kurses. Dadurch wurde erreicht, dass die Lehrerinnen die Kinder ihrer Gruppen sehr genau kennen lernten, um sie individuell nach ihrer psychischen Artung und nach dem Wesen der bei ihnen vorliegenden Anomalie behandeln zu können. Orthopädische Apparate kamen nicht zur Anwendung, sondern nur die üblichen Turngeräte (Ribstol, Kletterstangen und Ringe), zu denen nur Turnbänke (6) hinzu kamen. Die Kinder turnten in Turnanzügen, die den Rücken ganz frei lassen. Der Nutzen dieser Kleidung liegt auf der Hand; man hat stets die Anomalie vor Augen, kann von weitem fehlerhafte Haltungen, z. B. Lordosen, sehen und sofort korrigieren, man sieht zu jeder Zeit die Beeinflussung der Anomalie durch die Übungen. Nach den einzelnen Gruppenübungen (cf. unten) wurden Pausen eingeschaltet, um die Kinder nicht zu überanstrengen. Zu dem Ende sind Matten angeschafft worden. Jedes Kind erhielt seine eigene Matte, auf die es sich lang hinlegt, so dass es wirkliche Erholung findet. Sitzen oder längeres Stehen in den Pausen soll vermieden werden.

Vor allem ist darauf zu halten, dass ein fröhlicher, frischer

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Zug in der ganzen Arbeit liegt. Die Kinder müssen Freude an den Übungen haben; hat man aber erst diese Freudigkeit bei den Kindern geweckt und üben sie gerne, so ist schon sehr viel gewonnen.

Mit grosser Genugtuung können wir auch in dieser Beziehung auf den Kurs zurückblicken, da die Damen, die die einzelnen Gruppen leiteten, mit grösstem Interesse, mit viel Aufwand von Geduld und Mühe sich ihrer Aufgabe unterzogen und die Kinder günstig beeinflusst haben.

Was die Übungen anlangt, so haben wir uns in Übereinstimmung mit Schmidt und Leonhardt, aber unabhängig von ihnen, im wesentlichen auf Haltungsgymnastik, wenn wir diesen Ausdruck einmal gebrauchen dürfen, beschränkt und auf eine durchaus exakte Durchführung weniger Übungen grösstes Gewicht gelegt unter Ausschaltung jedweder Apparatebehandlung. Bei den aus dem schwedischen und deutschen Turnen übernommenen Übungen wurde ferner auf die Kombinationen mit ergiebiger Ein- und Ausatmung sorgfältig Bedacht genommen. Die weiter unten mitgeteilten Zahlen lehren, dass diese systematischen Atmungsübungen in ausserordentlich günstiger Weise die Exkursionsbreite des Thorax beeinflussen. Die Übungen am Barren haben wir wegen der grossen Gefahr der lordotischen Ausbiegung der Wirbelsäule gänzlich ausgeschieden. Ausgiebigen Gebrauch haben wir ferner von der Sprossenwand (Ribstol) gemacht. In jeder Stunde wurden folgende Übungen vorgenommen:

I. Haltungsübungen,
II. Übungen an der Turnbank (4),
III. Übungen an den Ringen (2),
IV. Übungen am Ribstol,
V. Übungen an den Kletterstangen (1).

Von Liegeübungen auf der Matte haben wir im diesjährigen Kursus noch abgesehen, um einmal die Kinder nicht zu überlasten, denen zunächst die Haltungsübungen in Fleisch und Blut übergehen sollten, um ferner die Lehrerinnen mit dem von ärztlichen Gesichtspunkten aus diktierten Übungen sub I—V genauestens vertraut zu machen. Es waren als VI. Gruppe vorgesehen: 1. Aufrichten des Körpers mit vorgestreckten Armen, 2. Aufheben der gestreckten Beine, 3. Liegestütz im Knieen mit Heben der gestreckten Beine und 4. Klappsche Übungen in loco. —

Die Erfahrung am Schlusse des Kursus hat uns gelehrt, dass durch die sub I—V aufgeführten Übungen eine ausserordentliche Kräftigung nicht nur der langen Rückenmuskeln, sondern auch der Muskulatur des Schulter- und Beckengürtels erzielt werden kann, die die von Schmidt skizzierte weitere Wirkung hat, die Elastizität der Muskeln zu vergrössern, die Fähigkeit zu länger dauernden

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Kontraktionen zu steigern und, was besonders wichtig ist, die Ermüdbarkeit wesentlich herabzusetzen. Damit hoffen wir, wir erblicken hierhin den Endzweck der Kurse, eine dauernde Angewöhnung an gute, gerade Haltung zu erzielen (Schmidt). Die Übungen erfüllen somit vollkommen das, was wir von den Kursen erwarten.

Die Ergebnisse unseres Kurses (cf. weiter unten) haben uns gezeigt, dass nicht nur die Skoliosen I. Grades, sondern auch die anderen Anomalien, die wir in unseren Kursus aufgenommen haben, exquisite Schwäche der Rückenmuskulatur und runde Rücken, günstig beeinflusst werden.

Nachstehend bringen wir eine Übersicht über die Beobachtungen, die wir während und am Schlusse des Kurses anstellen konnten.

Der Kursus wurde in sechs Monaten an 40 Tagen mit je eine Stunde Unterricht absolviert. Es nahmen 50 Mädchen des 3.—5. Jahrgangs an ihm teil. Da drei Mädchen ausschieden — zwei blieben nach einigen Stunden fort, weil die Mütter das Turnen für schädlich hielten und ein Kind verzog nach auswärts — wurden nach Beginn des Kurses drei weitere Kinder eingeschoben, so dass die Zahl 50 innegehalten wurde.

Die Kinder wurden in sechs Gruppen vereinigt in Übereinstimmung mit unserer oben erörterten Anschauung, dass nur in kleinen Sondergruppen die verschiedenen Deformitäten eine eingehende Behandlung erfahren können.

Der Gruppe I—II wurden je acht Kinder mit linkskonvexer Skoliose mit und ohne Schulterhochstand zugewiesen.

Gruppe III vereinigte acht Kinder mit rechtskonvexer Skoliose mit und ohne Schulterhochstand.

Der Gruppe IV wurden neun Kinder mit rundem Rücken zugewiesen.

In den Gruppen V—VI befanden sich neun resp. acht Kinder, bei denen vornehmlich eine erhebliche Schwäche der gesamten Rückenmuskulatur mit flachem Rücken festgestellt wurde.

Der Besuch des Unterrichts war leider ein sehr unregelmässiger, offenbar weil es sich um eine Neueinrichtung handelte und das Elternhaus wie die Kinder noch nicht das Bewusstsein hatten, dass es sich um eine verbindliche Teilnahme handelte. Mehrere Male mussten einige Schulleiter gebeten werden, auf einen regelmässigen Besuch der Turnstunden durch die Kinder hinzuwirken.

Während der Dauer des Kurses waren die Teilnehmerinnen von dem gewöhnlichen Turnunterricht sowie vom Zeichnen und dem Handarbeitsunterricht dispensiert.

Über den Besuch gewährt die nachstehende Tabelle einen Überblick:

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Tabelle II.

Stunden		Kinder	Stunden		Kinder
es besuchten	es fehlten		es besuchten	es fehlten	
40	—	7	31	9	2
39	1	2	30	10	1
38	2	6	29	11	3
37	3	5	27	13	3
36	4	3	26	14	1
35	5	4	25	15	1
34	6	3	21	19	1
33	7	1	20	20	1
32	8	5	19	21	1

Tabelle III.

Stunden	Erfolg		Gesamtzahl der Kinder	Stunden	Erfolg		Gesamtzahl der Kinder
	geheilt	gebessert			geheilt	gebessert	
40	6	1	7	32	2	3	5
39	—	1	2[1])	31	2	—	2
38	3	3	6	30	—	1	1
37	4	1	5	29	3	—	3
36	1	2	3	27	3	—	3
35	3	1	4	26	1	—	1
34	2	1	3	25	—	1	1
33	—	1	1	21	—	1	1

In der Tabelle III ist eine Übersicht über die erzielten Erfolge gegeben. In der statistischen Nachweisung fallen drei Kinder fort; ein Kind verzog nach auswärts während des Kurses, die beiden Kinder, die nur 20 resp. 19 Stunden am Unterricht teilgenommen haben, sind unberücksichtigt geblieben. Es können demnach in der Statistik über die Erfolge nur 47 Kinder erscheinen.

Bei 30 Kindern = 63,8 % wurde ein völliger Erfolg erzielt; die Kinder konnten als geheilt entlassen werden; bei 17 = 36,2 % konnte ein befriedigender Erfolg festgestellt werden, den man als eine Besserung bezeichnen könnte.

Wie aus der Übersicht hervorgeht, scheint die Anzahl der Stunden, die das einzelne Kind an dem Unterrichte teilgenommen hat, von nicht ausschlaggebender Bedeutung zu sein, sondern mehr jeweilig

1) Ein Kind verzogen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die Art der Deformation und ihr Grad. Aus einer weiteren Zusammenstellung wird dies hervorgehen. Immerhin ist bemerkenswert, dass von den sieben Kindern, die niemals gefehlt haben, sechs als geheilt aus dem Kursus entlassen werden konnten.

Die in den einzelnen Gruppen erzielten Ergebnisse sind in der folgenden Tabelle zusammengestellt.

Tabelle IV.

Gruppe	Anzahl	Geheilt	Gebessert
I/II. Linkskonvexe Skoliose . .	15 [1])	8 = 53,3 %	7 = 46,7 %
III. Rechtskonvexe Skoliose . .	8 [2])	4 = 50,0 %	4 = 50,0 %
IV. Runder Rücken	8	5 = 62,5 %	3 = 37,5 %
V/VI. Rückenschwächlinge . . .	16	12 = 75,0 %	4 = 25,0 %

Es zeigte sich also, was von vorneherein aus theoretischen Erwägungen zu erwarten war, dass die Kinder mit exquisiter Schwäche der Rückenmuskulatur und flachem Rücken, bei denen eine Deformation noch nicht vorhanden war, die grössten Heilerfolge aufzuweisen hatten. Für diese Kinder hat der orthopädische Turnkursus prophylaktische Bedeutung, weil sie zu Deformationen disponieren. Dass für sie das orthopädische Turnen von grossem Vorteile ist, hat auch Schmidt, auf dessen Arbeit wir verweisen (Orthopädische Turnkurse an unseren Schulen, Gesunde Jugend, IX. Jahrgang 1910, Heft 10/12), betont.

Erfreuliche Resultate wurden ferner bei den Kindern erzielt, die an ausgesprochenem runden Rücken litten.

Grosse Schwierigkeiten bereiteten dagegen die Skoliosen. Wenn wir die Gruppen I—III vereinigen, so konnten nur 52,2 % der skolistischen Kinder als geheilt, 47,8 % als nur gebessert angesehen werden.

Wenn man berücksichtigt, dass wir nur ganz leichte Fälle, ausgesprochene Schulterblatthochstände mit geringer, mobilisierter skoliotischer Verbiegung der Wirbelsäule (sogen. I. Grades) in den Kursus aufgenommen haben, so ist das Resultat kein sehr günstiges, immerhin aber ein befriedigendes.

Wir pflichten Schmidt vollkommen darin bei, dass man den statiotischen Nachweisungen, die glaubhaft machen wollen, dass Skoliosen II. oder gar III. Grades in den orthopädischen Turnkursen gebessert oder gar geheilt worden sind, mit grossem Skeptizismus begegnen muss.

---

1) Ein Kind verzogen.
2) Ein Kind fehlte bei der Schlussuntersuchung.

Generated on 2019-12-14 17:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA

Von dem Standpunkt aus, dass man möglichst früh die Kinder in orthopädischer Behandlung nehmen muss, haben wir uns dahin entschieden, Kinder des 3.—5. Jahrgangs für den Kursus zu bestimmen.

Aus Klasse V besuchten 12 Kinder
„ „ IV „ 24 „
„ „ III „ 11 „ den Kursus.

So lange nicht turnerische Übungen in den beiden untersten Jahrgängen in den Lehrplan aufgenommen sind, erscheint es nicht zweckmässig, Kinder aus diesen Klassen den orthopädischen Turnkursen zu überweisen. Die in diesen vorgenommenen Übungen setzen eine gewisse Vertrautheit wenigstens mit den wichtigsten Freiübungen voraus, die den Kindern dieser Klassen völlig fehlt. Man würde zuviel Zeit damit verlieren, den Kindern erst die Grundregeln der Übungen beizubringen. Diese setzen vielmehr eine gewisse turnerische Schulung voraus, auf der man aufbauen kann.

Es erscheint daher auch vom Gesichtspunkte der Skoliosenbekämpfung durchaus geboten, schon in den Lehrgang der beiden Unterklassen regelmässige Turnstunden mit Freiübungen einzufügen. Für die Mädchen insbesondere wäre dieser Unterricht von weit grösserer Bedeutung als die Nadelarbeiten.

Sämtliche Kinder sind von dem einen von uns (Steinhaus) vor Beginn des Kurses genau körperlich untersucht worden. Eine Registrierung der krankhaften Veränderungen des Skelettsystems erfolgte direkt mit Beginn des Kurses durch den anderen von uns (Zeller). Eine genau entsprechende doppelte Untersuchung erfolgte am Schluss des Kurses. Die erhobenen Befunde wurden in einen Personalbogen eingetragen, der nebenstehendes Muster hat, das wir Herrn Kollegen Leonhardt-Düsseldorf verdanken. Das Formular haben wir mit einigen unwesentlichen Änderungen übernommen; es hat sich als zweckentsprechend erwiesen (s. S. 450 u. 451).

Zunächst ist hervorzuheben, dass sämtliche Kinder frei von Herz- und Lungenerkrankungen befunden wurden.

Die allgemeine Konstitution war bei 31 von den 47 in der Statistik berücksichtigten Kindern eine kräftige, bei 16 eine schwächliche.

Die Pulsfrequenz schwankte bei 38 Kindern zwischen 72 und 96 Pulsschlägen, bei neun Kindern betrug sie über 100 (108—120).

21 Kinder waren vollkommen gesund, wenn man von der Deformität der Wirbelsäule, die zur Aufnahme geführt hatte, absieht.

Acht Kinder boten die Erscheinungen einer hochgradigen Anämie, vier Kinder litten an Skrophulose und 14 an adenoiden Nasen-Rachenwucherungen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Es boten somit von den 47 Kindern 26 = 55,3 % krankhafte Veränderungen neben der Wirbelsäulendeformität.

Auffällig gross ist die Zahl der Kinder mit adenoiden Nasen-Rachenwucherungen. Der eine von uns (Zeller) hat in seiner Privatpraxis ebenfalls die Beobachtung gemacht, dass die skoliotischen Kinder sehr häufig an Adenoiden leiden, so dass man daran denken könnte, einen Zusammenhang zwischen dieser Erkrankung und den Deviationen der Wirbelsäule bei Schulkindern exklusive den rachitischen zu denken.

Unsere Erfahrungen scheinen dafür zu sprechen, dass die skrophulösen Kinder, die infolge der Veränderungen des lymphatischen Apparates als konstitutionell geschwächt anzusehen sind, zu den Schulskoliosen und sonstigen Deformitäten bei fehlerhafter Schreibsitzhaltung und schlechten Bänken disponieren.

Es erscheint angebracht, diesem Zusammenhang weitere Beachtung zu schenken.

Bei sämtlichen Kindern wurde weiter die Atemexkursion bestimmt, ferner das Gewicht und die Körpergrösse zu Beginn des Kurses und am Schluss derselben.

Die folgende Tabelle zeigt das Verhalten der Exkursionsbreite des Thorax bei der Atmung zu Beginn des Kurses und am Schlusse.

Es hatten eine Exkursionsbreite (a):

Tabelle V (a+b).

	Beginn	Schluss	
von 1 cm	1	—	Kinder
„ 2 „	1	—	„
„ 3 „	6	1	„
„ 4 „	8	2	„
„ 5 „	19	4	„
„ 6 „	9	12	„
„ 7 „	3	18	„
„ 8 „		10	„
Summe	47	47	Kinder

Es nahm die Exkursionsbreite zu um (b):

Anzahl der Kinder	0	1	2	3	4	cm
1	—	—	1	—	—	
1	—	—	—	—	1	
6	—	2	1	2	1	
8	—	—	2	3	3	
19	3	3	9	4	—	
9	4	4	1	—	—	
3	1	2	—	—	—	
47	8	11	14	9	5	Kindern

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

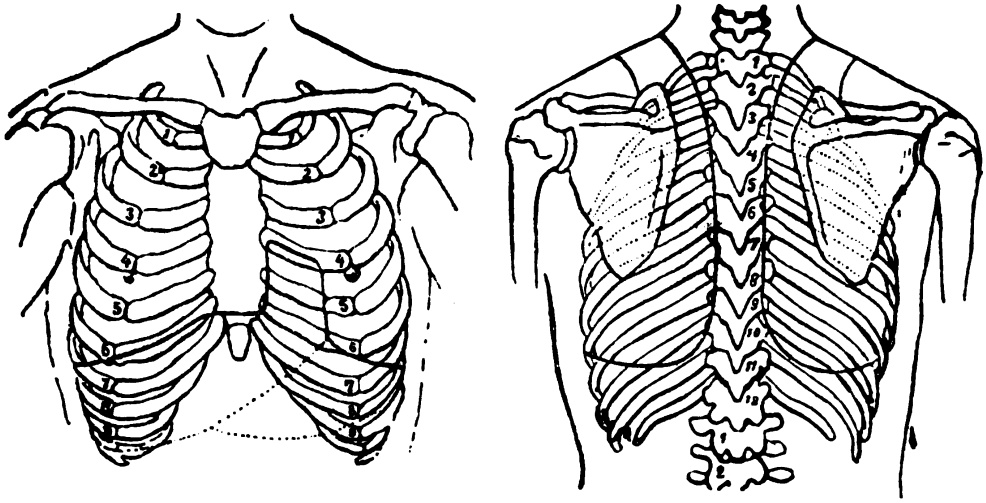
Orthopädischer Turnkursus.

Schuljahr 19.....

Name ..... Alter ..... Jahre,

..... Schule, Klasse .....

A. Befund bei der Aufnahme.



vorne hinten

L.	R.
10	10
20	20
30	30
40	40
50	50
60	60
70	70

Konstitution .....

Organbefund .....

.....

.....

.....

Wirbelsäule und übriges Skelett .....

.....

.....

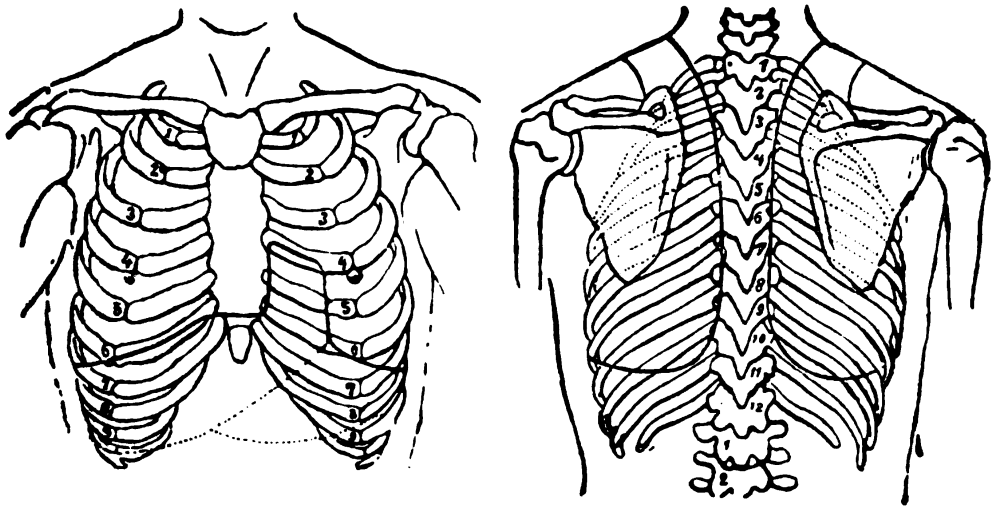
.....

Diagnose .....

.....

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

B. Befund bei der Entlassung.



vorne hinten

L.	R.
10	10
20	20
30	30
40	40
50	50
60	60
70	70

Konstitution .....

Organbefund .....

.....

.....

.....

Wirbelsäule und übriges Skelett .....

.....

.....

.....

.....

Dauer des Kurses

..... **Monate.**

Erfolg .....

.....

Masse	**bei Aufnahme**	**bei Entlassung**
Grösse		
Gewicht		
Brustumf.		

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:55 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Aus den Tabellen geht hervor, dass die systematisch betriebenen Atmungsübungen einen günstigen Einfluss auf die Atemexkursionen gehabt haben. Das Resultat, dass bei 28 von 46 Kindern die Exkursionsweite um zwei und mehr Zentimeter zugenommen hat, kann als ein erfreuliches bezeichnet werden, ferner dass die absolute Exkursion bei 40 Kindern auf sechs und mehr Zentimeter gestiegen ist. Die Kinder haben gelernt, ihre Atemmuskulatur zu benutzen und ihre Lungen zu ventilieren. Allein dieser Erfolg ist bemerkenswert, wenn man sich die allgemeine schulärztliche Erfahrung vor Augen hält, wie minderwertig die Atmungstätigkeit der Kinder ist. Dazu kommt, dass die ergiebige Ventilation der Lungenspitzen, die durch die intensive Atmung bei den Übungen erreicht wird, prophylaktisch gegen die tuberkulöse Infektion derselben wirkt.

Dass weitere Erfolge bezüglich des Allgemeinverhaltens der Kinder erzielt wurden, lehrt die Tatsache, dass bei den Kindern, die bei Beginn des Kurses Pulsfrequenzen über 100 hatten, die Herztätigkeit eine kräftigere und ergiebigere geworden war. Bei acht Kindern war die Frequenz dauernd von 108—120 auf 72—84 gefallen; nur eins von den neun Kindern zeigte auch am Schlusse des Kurses eine Pulsfrequenz von 120.

Bei fünf von den acht anämischen Kindern war am Schlusse des Kurses die Anämie behoben; bei einem Kinde war eine entschiedene Besserung festzustellen; zwei Kinder boten den gleichen Grad der Anämie wie zu Beginn.

Dass auch Gewicht und Längenwachstum im allgemeinen günstig beeinflusst wurden, lehren die beiden folgenden Tabellen.

Tabelle VI (a+b).

a) Wachstumstabelle.

Es wuchsen							
0	1	2	3	4	5	6	cm
1	4	14	15	9	3	1	Kinder

b) Gewichtstabelle.

Es nahmen ab		Es nahmen zu							
2	1	0	1	2	3	4	5	6	Pfund
1	1	7	11	11	7	7	—	2	Kinder

Es dürfte von Interesse sein, an einigen Beispielen zu zeigen, wie wir die Befunde am Skelett registriert haben:

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

1. Beispiel: Linkskonvexe Skoliose.

A) Befund bei der Aufnahme: Wirbelsäule und übriges Skelett:

Schulterblätter stark vor- und abstehend. Schulterblattwinkel $1^3/_4$ cm von der Unterlage entfernt. Wirbelsäule linkskonvex 1 cm, geringe Lendenskoliose rechts. Schulterblattwinkel links um 1 cm näher der Wirbelsäule als rechts. Schulterblatthochstand links $1^1/_2$ cm. Rückenmuskulatur in toto schwach. Bauch wird vorgestreckt. Diagnose: habituelle Skoliose linkskonvex. Schulterhochstand links.

B) Befund bei der Entlassung: Wirbelsäule und übriges Skelett.

Schulterblätter stehen gleich hoch und liegen an. Wirbelsäule grade. Lendenskoliose geschwunden. Linker Schulterblattwinkel der Wirbelsäule um $^1/_4$ cm näher als rechts. Muskulatur sehr kräftig. Erfolg völlig.

Masse:	bei der Aufnahme	bei der Entlassung
1. Grösse:	127 cm	128 cm
2. Gewicht:	56,300 g	59,300 g
3. Brustumfang:	64 : 69	65 : 72.

2. Beispiel: Rechtskonvexe Skoliose.

A) Befund bei der Aufnahme: Wirbelsäule und übriges Skelett.

Schulterblätter stark vor- und abstehend. Die rechte Schulter steht hoch, der rechte Schulterblattwinkel um $2^1/_2$ cm höher als der linke. Wirbelsäule rechtskonvex 1 cm. Rückenmuskulatur in toto sehr schwach. Thorax vorne sehr flach, beinahe eingesunken. Kopf wird vorgestreckt. Diagnose: rechtsseitiger Schulterhochstand, habituelle Skoliose rechtskonvex.

B) Befund bei der Entlassung: Wirbelsäule und übriges Skelett.

Schulterblattwinkel in gleicher Höhe und anliegend. Wirbelsäule vollkommen grade. Muskulatur sehr kräftig. Thorax gewölbt. S. hat noch die Neigung, sich nach vorne zu beugen. Erfolg: völlig.

Masse:	bei der Aufnahme	bei der Entlassung
1. Grösse:	146 cm	149 cm
2. Gewicht:	76,200 g	82,000 g
3. Brustumfang:	69 : 74	71 : 78.

Wenn wir der Frage mit einigen Ausführungen näher treten, ob die Schulverwaltung verpflichtet sei, orthopädische Turnkurse in dem geschilderten Umfange einzuführen, so sind bei deren Beantwortung drei Gesichtspunkte einer Betrachtung zu unterziehen:

1. Ist die Schule insofern bei der Verbreitung der Wirbelsäulendeformitäten beteiligt, dass sie dieselben ursächlich bedingt?

2. Ist bei Bejahung der ersten Frage eine Verpflichtung der Schule zu konstruieren, für eine Behebung der Veränderungen besondere und ganz bestimmte Massnahmen zu treffen?

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

3. Ist die Einrichtung orthopädischer Turnkurse mit dem Prinzip in Einklang zu bringen, dass die Schule nicht bestimmte Krankheiten behandeln soll?

Die Frage des Einflusses der Schule auf die Entstehung der Wirbelsäulendeformitäten, insbesondere der Skoliose, ist in den letzten Jahren in Fachkreisen viel ventiliert worden. Ganz geklärt scheint sie noch immer nicht zu sein.

Folgt man der Gruppierung der Rückgratsverkrümmungen von Schulthess, die von ihm noch auf dem vorigjährigen allgemeinen Deutschen Turnlehrertag mitgeteilt worden ist (Monatsschrift für das Turnwesen 1910, Heft 11): 1. angeborene Formstörungen; 2. Erkrankungen der Wirbelsäule; 3. zwangsweise Abänderung der mechanischen Funktion der Wirbelsäule durch Erkrankung anderweitiger Organsysteme oder durch äusseren Zwang, so kann für die Frage der ursächlichen Beteiligung der Schule an der Entstehung der Deformitäten wohl nur die letztere Gruppe in Betracht kommen: Änderung der mechanischen Funktion der Wirbelsäule durch äusseren Zwang.

Wer mit der Schule vertraut ist, täglich die Kinder beim Schreibunterricht beobachtet, der wird sich des Eindrucks nicht erwehren können, dass derartig unphysiologische Haltungen, wie sie unsere Kinder in den Bänken einnehmen — einseitige Belastungen der Wirbelsäule durch gewohnheitsmässige schiefe Sitzhaltung in Bänken mit beträchtlicher Plusdistanz, schlechte Heftlage mit entsprechender Biegung der Wirbelsäule, Übertragung des Schwergewichts des Körpers beim Schreiben auf die linke Beckenhälfte, um dem rechten Arm für das Schreiben freiere Führung zu ermöglichen — wenn Ermüdung der Rückenmuskulatur hinzukommt, durch ihre jahrelange gewohnheitsmässige Innehaltung zu Deformitäten führen müssen. Besonders trifft dies für die bei weitem häufigsten Deformitäten zu, die linkskonvexe Totalskoliose und den exquisiten runden Rücken. Warum treten sie in der Schule in den Vordergrund? Sie stellen gleichsam „Berufskrankheiten“ des schulpflichtigen Alters dar.

Es unterliegt keinem Zweifel, dass zunächst Kinder mit schwacher Muskulatur und schlecht entwickeltem Skelett zu den Wirbelsäulendeformitäten disponieren. Wenn wir aber feststellen, dass diese Kinder beim Schuleintritt keine Deformität aufweisen, später aber wohl, so kann doch nur das zwangsmässige Verharren in unphysiologischer Haltung sie herbeigeführt haben, d. h. die Schule ist nicht mitwirkendes, sondern ursächliches Moment bei vorhandener Disposition.

Letztere braucht aber nicht einmal vorhanden zu sein. Wir finden bei systematischer Untersuchung der Kinder sehr kräftige

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Individuen, die bei im allgemeinen gut entwickelter Muskulatur und kräftigem Knochengerüst Devitionen der Wirbelsäule aufweisen. In diesen Fällen kann doch nur die Schule in der geschilderten Weise die Veränderungen herbeigeführt haben.

Auch die Tatsache, dass die leichten Erkrankungen von Jahrgang zu Jahrgang erheblich an Häufigkeit zunehmen (Krug, Zunahme der Skoliosen von 11 % im neunten Lebensjahre auf 35 %, im 13. Lebensjahre bei Mädchen; Scholder, Weith und Combe von 9,7 % im achten Lebensjahre auf 30,7 % im 13. Jahre; Kirsch von 22,3 % im ersten Schuljahre auf 41,2 % im letzten Schuljahre) weist doch nachdrücklichst darauf hin, dass die Schule für die Zunahme der leichteren Erkrankungen ursächlich verantwortlich zu machen ist.

Wenn man sich diese drei Tatsachen vor Augen hält, kann man kaum der Auffassung sich entziehen, dass die uns hier interessierenden Deformitäten echte Schulkrankheiten darstellen. Man wird allen Anlass haben, der Auffassung namhafter Autoren beizutreten, dass Haltungsanomalien, die auf Ermüdung der Muskulatur durch langes und fehlerhaftes Sitzen beruhen, unter anderem zu Skoliosen — ebenso häufig aber auch zu rundem Rücken — führen, wenn nichts dagegen unternommen wird.

Es steht fest, dass viele Kinder mit ausgesprochenen Skoliosen, wenn wir diese hier nur ins Augen fassen, in die Schule eintreten, sogar mit fixierten Skoliosen, dass diese fixierten Skoliosen kaum numerisch zunehmen; es steht (Kirsch z. B. von 7 auf 8 %) aber auf der anderen Seite auch fest, dass wir bei der bei weitem grösseren Gruppe von Kindern, die während der Schulzeit an Deformitäten erkranken, es mit durch den Schulbetrieb herbeigeführten Ermüdungs- und Belastungsdeformitäten zu tun haben.

Diese Deformitäten stellen sich einmal bei konstitutionell erkrankten — insbesondere skrofulösen und früher rachitischen — Kindern, dann aber auch bei vorher völlig gesunden und kräftigen Kindern ein.

Ein weiterer Einfluss der Schule auf die Entstehung der Deformitäten ist — wir pflichten in diesem Punkte Schanz bei (Jahrbuch für Kinderheilkunde, Ergänzungsheft, Bd. 73) — darin zu erblicken, dass die Schule bei sehr vielen Kindern auf ihren Allgemeinzustand schädigend wirkt und sie durch allgemeine Schwächung zu der uns interessierenden Krankheitsgruppe disponiert macht.

Entgegen der Auffassung verschiedener Orthopäden glauben wir demnach in Übereinstimmung mit anderen Autoren annehmen zu dürfen, dass die Schule direkt und ursächlich bei Kindern, die in sie ohne Deformitäten des Skeletts eintreten, durch ihre ganzen Einrichtungen und ihren Betrieb solche herbeiführt, und zwar ein-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

mal bei Kindern, die durch allgemeine konstitutionelle Schwäche oder infolge Skrofulose oder früherer Rachitis zu diesen Deformitäten disponiert sind, dann aber auch bei Kindern, die ohne irgendwelche krankhafte Anlage, vielmehr ganz gesund und kräftig sind.

Diesen Standpunkt werden gewiss alle Ärzte vertreten, die in Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit mit den Besonderheiten des Schulbetriebes eingehend vertraut geworden sind.

Besteht diese Auffassung zu Recht — wir tragen keinerlei Bedenken, sie zu vertreten —, so ergibt sich die Antwort auf die zweite Frage von selbst.

Da es sich bei diesen Kindern um Anomalien handelt, die in der Schule und durch den eigenartigen Betrieb derselben entstanden sind, so muss die Schule besondere Massnahmen zu ihrer Verhütung oder, wenn sie bereits zur Entwicklung gekommen sind, zu ihrer Beseitigung treffen. Da die Kinder, die mit Deformitäten in die Schule eintreten, Gefahr laufen, dass diese höhere Grade annehmen, so sind sie, um durch die Schule bewirkte Verschlimmerungen zu verhüten, in den Kreis der zu treffenden Massnahmen einzubeziehen.

Welcher Art müssen diese sein? Zunächst kommen Einrichtungen allgemein-hygienischer Natur in Betracht: vorab ein geeignetes Subsell für jedes Kind. So lange 4—5sitzige Bänke mit schmaler Sitzfläche und Plusdistanz von 10—12 cm in unseren Schulen noch zu finden sind, so lange nicht jedes Kind ein seiner Körpergrösse genau angepasstes Subsell zugewiesen erhält, so lange ferner — ich pflichte darin Rothfeld auf Grund meiner Erfahrung bei — infolge Mangel an Klassenräumen fliegende Klassen in grösserer Zahl gebildet werden müssen, bei denen Kinder der VII., VI. und V. in den Bänken der V., IV. oder gar III. Klasse sitzen müssen, ist ein wirksamer Kampf gegen die Wirbelsäulendeformitäten nicht zu führen. Wir können noch so viele orthopädische Turnkurse einrichten; wir treffen das Übel an der Wurzel nicht, sondern treiben den Teufel mit Belzebub aus.

Eine wichtige weitere Massnahme ist die einwandsfreie Belichtung der Klassen, auf die die Schulärzte immer wieder ihr besonderes Augenmerk richten müssen.

Ferner sind diejenigen Massnahmen hier anzuführen, die geeignet sind, von den Kindern Ermüdungserscheinungen fernzuhalten: Abkürzung der Sitzzeit, Kürzung der Unterrichtsstunden, sachdienliche Pausenordnung, Pausenturnen (Freiübungen).

Neben einer stärkeren Betonung des Turn- und Spielbetriebes in den mittleren und oberen Klassen würde die Einführung des Spielturnens in den beiden unteren Jahrgängen als notwendige Massnahme in Betracht kommen. Die Ärzte würden auch von allgemein hygienischen Gesichtspunkten es freudig begrüssen, wenn die Leibes-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

übungen auch bei den sechs- und siebenjährigen Kindern zur Einführung gelangten.

Das Mädchenturnen müsste eine gänzliche Umgestaltung erfahren. Es müssten die Turnstunden nicht mit Marschübungen und Übungen an Barren, Reck und Rundlauf, sondern vorwiegend mit exakten deutschen und schwedischen Haltungsübungen und Übungen am Ribstol ausgefüllt werden.

Nach allen bisher vorliegenden Publikationen und nach dem Ergebnis unserer Beobachtungen erscheinen die „orthopädischen Schulturnkurse" als hervorragende Massnahme mit dem Endziel, dem Skoliosenelend in unseren Schulen entgegenzutreten. Darüber sind sich diejenigen Ärzte, die zu einem sachverständigen Urteil über diese Kurse berufen sind, vollkommen einig.

Widersprechen nun diese Turnkurse nicht der Auffassung, an der streng wenigstens von seiten der Ärzte festgehalten werden muss, dass die Schule nicht berufen und verpflichtet ist, Krankheiten der Kinder zu behandeln?

Wenn man sich Einrichtung und Betrieb der Kurse vor Augen hält, so kann man in ihnen nur eine prophylaktische Massnahme erblicken. Es handelt sich doch nur um ein von bestimmten Gesichtspunkten aus angewandtes Turnen, in dem wohl niemand eine ärztliche Behandlung im Sinne dieses Begriffes erblicken kann. Die Prophylaxe erstreckt sich auf die Verhinderung des Eintritts von Wirbelsäulendeformitäten und die Verhinderung einer Verschlimmerung, beides durch Kräftigung der Muskulatur durch turnerische Übungen.

Weil das Prinzip des Ausschlusses jeder Behandlung einer bestimmten Krankheit durch die Schule nicht durchbrochen wird, haben die Schulärzte der Errichtung „orthopädischer Schulturnkurse" in steigendem Masse ihr Interesse zugewandt, hoffentlich mit dem Erfolge, dass immer mehr Städte dazu übergehen, Mittel im Etat für diese nützliche Massnahme bereit zu stellen.

Nach einer von der Zentralstelle des deutschen Städtetages veranstalteten Rundfrage (Mitteilungen Bd. III, Nr. 7, 1911) sind Turnkurse in 23 Städten bereits eingerichtet; in sechs Städten ist die Einrichtung geplant.

Eine weitere Frage, die auftaucht, ist die, ob es sich bei der Skoliosenbekämpfung resp. allgemeiner ausgedrückt, bei der Bekämpfung der Wirbelsäulendeformitäten, um eine im gesundheitlichen Interesse unserer Schulkinder gelegene Massnahme handelt.

Diese Frage ist wohl unumwunden zu bejahen. Die von den Deformitäten befallenen Kinder klagen über fortgesetzte Rücken- und Kopfschmerzen; bei den höher entwickelten Graden finden sich stets die Zeichen der Anämie. Wenn man sich der Mühe unter-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

zieht, kann man bei vielen dieser Kinder leichte Albuminurien feststellen. Schliesslich kommt hinzu, dass bei vielen Kindern eine konstitutionelle Schwäche vorliegt ohne Symptome einer bestimmten Organerkrankung.

Alle diese Begleiterscheinungen bewirken Ermüdungssymptome bei den Kindern und beeinträchtigen demzufolge weitgehend die Unterrichtsfähigkeit.

Gelingt es, die gesamte Muskulatur bei den Kindern zu kräftigen, ihren Stoffwechsel zu beleben und dauernd anzuregen, so erreichen wir damit eine Erhöhung der Unterrichtsfähigkeit, die als durchaus im Interesse der Schule gelegen bezeichnet werden muss, eine Bestätigung der jüngeren schulärztlichen, auf systematischen Untersuchungen ruhenden Erfahrung, dass in einer sehr grossen Zahl der Fälle die mangelnden Unterrichtserfolge durch körperliche Gebrechen der Kinder ursächlich bedingt sind.

Die Turnkurse bewahren ferner eine mehr minder grosse Zahl skoliotischer Kinder vor stärkeren Graden der Devivationen, erhöhen somit auch die Widerstandsfähigkeit der Kinder und bewirken, dass die Kinder später nach der Schulentlassung in ihrer Erwerbsfähigkeit nicht beeinträchtigt sind.

Die orthopädischen Turnkurse stellen somit eine bedeutsame hygienische Einrichtung der Schule dar. Sie reihen sich aber weiterhin würdig in den Kranz der neueren Einrichtungen der Schule ein, — wir erinnern an die Hilfsklassen für Schwachbefähigte, an die Waldschulen, die Schwerhörigenklassen, die Haushaltungsklassen — die von sozialen Vorstellungen aus diktiert sind.

Beide Gesichtspunkte müssen uns Ärzte veranlassen, ihren weiteren Ausbau freudig zu begrüssen.

Soweit wir in der einschlägigen Literatur uns umgesehen haben, besteht eine derartige Handhabung der orthopädischen Turnkurse, wie wir sie geübt haben, unseres Wissens noch nicht. Sie erfüllt im grossen und ganzen alle Forderungen und Wünsche der beteiligten Kreise: der Orthopäden, der Schulärzte und der Turnlehrer.

Wir freuen uns, unsere Betrachtungen damit schliessen zu können, dass die städtischen Behörden in dankenswerter Weise beschlossen haben, im Schuljahre 1911 zwei Kurse für 100 Kinder einzurichten. Für diese Kurse sind 1500 M. im Etat vorgesehen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Ein Fall von Vergiftung mit Zinnober.

Von

Dr. F. Rosenberger, München.

Frl. D.....rl.. konsultierte mich am 20 Juni 1911. Pat., 17 Jahre alt, stammt von gesunden Eltern, eine ältere Schwester ist gesund, die andere, ebenfalls ältere, leidet an Lungentuberkulose; Frl. D., die ich seit vielen Jahren sehr gut kenne, ist äusserst kräftig entwickelt, war früher stets gesund. Sie konsultierte mich, weil sie sich seit Ende Dezember 1910 nicht ganz wohl fühlte; in den letzten Monaten hatte sich die Gesundheit allerdings gebessert.

Der Befund war der einer gewöhnlichen Chlorose. Für die Annahme einer von den Eltern so sehr gefürchteten Tuberkulose war kein Anhaltspunkt zu gewinnen.

Sehr eigenartig war aber die Anamnese. Ende Dezember 1910 hatten sich Kopfschmerzen eingestellt, der Urin war trüb geworden, gelegentlich war Blut darin gewesen, besonders in den ersten Wochen des Februar 1911. Gerade auch zu dieser Zeit hatte die Kranke Mundfäule bekommen. Die Temperatur überschritt zuweilen abends 38° C. Dies und eine mächtige Anschwellung der beiderseitigen Submaxillardrüsen erweckte den Verdacht, dass eine Tuberkulose da sei; weil das Fräulein nicht hustete, auch sonst auf der Lunge kein sicherer Anhaltspunkt für eine derartige Affektion zu finden war, dachte man an Tuberkulose des Urogenitaltraktes und der submaxillaren Lymphdrüsen. Bei Bettruhe und blander Diät gingen die Symptome zurück, bis auf die Mattigkeit, wegen deren ich, als ich zufällig mich am Wohnort der Patientin befand, konsultiert wurde.

Meine Frage, ob im Schlafzimmer der Dame vor der Erkrankung ein Barometer oder grösseres Thermometer zerbrochen sei, wurde bestimmt verneint, die, ob das Fräulein damals gemalt habe, bejaht. Auch von roter Farbe war damals ausgiebiger Gebrauch gemacht worden, sowohl von der Patientin, als auch von ihren Freundinnen. Der Raum war zwar gross, aber gut geheizt, Farben-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

staub flog auch in den Ecken herum. Besonders für das Gewand einer grossen selbstgefertigten Statue der hl. Barbara hatte Frl. D. reichlich die rote Farbe gebraucht, die vor der Verwendung erwärmt wurde.

Eine Probe der fraglichen Substanz löste sich weder in der Kälte, noch in der Hitze in konzentrierter Chlorwasserstoff- oder Salpetersäure, leicht aber in Königswasser, besonders, wenn der Prozess einmal durch gelindes Erhitzen in Gang gebracht worden war. Im Bunsenbrenner erhielt ich kein Spektrum. Trocken erhitzt spaltete sich die Farbe: der aufsteigende Rauch roch süsslich stechend nach Schwefligsäureanhydrid; es blieben schwarze Kügelchen.

Die Lösung in Königswasser gab beim Versetzen mit Natronlauge eine milchige Fällung, mit Stich ins Gelbliche (viel Substanz hatte ich nicht). Wurde in die verdünnte und abgestumpfte, aber noch schwach saure Lösung Schwefelwasserstoff im Kolben eingeleitet, so färbte sich der entstehende Niederschlag erst gelb, dann rötlich-gelb, endlich wurde er schwarz.

In Ammoniak war die Farbe nicht löslich.

Meines Erachtens kann kein Zweifel sein, dass bei Frl. D. im Winter 1910/11 der Aufenthalt in einem Raume, in dem sehr viel mit Zinnober, denn um solchen dürfte es sich doch fraglos handeln, gearbeitet wurde, zu einem akuten Merkurialismus führte.

Der beim Anwärmen und auf dem Ofen vom Staub abgespaltenen schwefligen Säure wurde man wegen der anderen Gerüche in der Malschule nicht gewahr und das Quecksilber suchte sich teilweise durch den kariösen rechten ersten Molar- und den ebensolchen linken unteren zweiten Prämolarzahn einen Weg in Frl. D.s Körper, wo es zu einer Stomatitis und entsprechender Lymphadenitis submaxillaris und wahrscheinlich auch zu einer Nephritis führte. — Durch das Aussetzen der Beschäftigung in der Malschule und durch die schonende Diät wurden die Störungen beseitigt.

Wir bemühen uns heutzutage so sehr, Schädlichkeiten von denen abzuhalten, die sich ihnen beruflich auszusetzen gezwungen sind; auch diejenigen, die zur Unterhaltung das tun, was bei anderen Broterwerb ist, dürfen nicht vergessen, dass hinter solchen Vergnügungen ernste Schädigungen der Gesundheit lauern.

Generated on 2019-12-14 17:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA

Bericht

über die ordentliche öffentliche 42. Hauptversammlung des Niederrheinischen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege am Sonnabend, den 4. November 1911 in Crefeld.

Erstattet von dem ständigen Geschäftsführer

Professor Dr. Pröbsting, Cöln.

Der Vorsitzende Med.-Rat Dr. Wex-Düren: Meine Damen und Herren! Ich eröffne die heutige Hauptversammlung des Niederrheinischen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege und heisse Sie herzlich willkommen! Wir halten heute unsere vierzigste Hauptversammlung ab. Unser Verein ist also kein Jüngling mehr. Während dieser Zeit ist Grosses von ihm geleistet worden; viele lehrreiche Vorträge sind von bedeutenden Männern gehalten worden; vielfach ist es uns gelungen, die Forderungen der modernen Hygiene in die Praxis zu übersetzen. Zahlreiche Vertreter der Städte, in denen wir getagt, haben es uns bezeugt, dass manche Einrichtungen, die sie getroffen, den Anregungen unseres Vereins ihre Entstehung verdanken. Der uns leider allzufrüh entrissene Landesrat Brandts hat seinerzeit auf der Versammlung in M.-Gladbach darauf hingewiesen, dass die Bestrebungen des Niederrheinischen Vereins nicht nur in die grossen Städte getragen werden müssten, wo seine Forderungen zum grössten Teil schon erfüllt sind, sondern auch in die mittleren und kleineren Städte. Ich möchte heute noch einen Schritt weiter gehen und auch die Landgemeinden, das platte Land, einschliessen. Dort herrschen doch noch manche Zustände, die mit den Forderungen der Hygiene nicht in Einklang zu bringen sind: die aber gebessert werden müssen, wenn die Gesamtwohlfahrt gedeihen soll. Bei den vielen wechselseitigen Beziehungen zwischen Stadt und Land, namentlich an unserm verkehrreichen Niederrhein, ist es kaum denkbar, dass der eine Teil ohne den andern dauernd gesunden kann. Ich erinnere nur an die beständige Gefährdung der Städte, trotz ihrer vorzüglichen Einrichtungen, durch ungenügende Wasserversorgung oder mangelhafte Milchgewinnung in den Landgemeinden, die immer wieder zur Einschleppung von Infektions-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

krankheiten in die Städte Veranlassung geben. Wenn wir daher dem uns gesteckten Ziele treu bleiben wollen, allüberall den Forderungen der Hygiene Einlass zu schaffen, so erwächst uns jetzt die dringende Aufgabe, unsere Bestrebungen dahin zu tragen, wo sie am meisten benötigt werden, auf dass platte Land. Deshalb brauchen wir den Städten keineswegs weniger unser Augenmerk zu schenken; im Gegenteil, wir wollen an dem Beispiel der Städte zeigen, was sich unter Umständen auch mit beschränkten Mitteln erreichen lässt. Aber wir müssen Sorge tragen, dass die einflussreichen Leute aus den Landgemeinden hier in unsere Versammlungen kommen, damit sie hören und sehen, was moderne Hygiene bedeutet und damit sie Verständnis dafür bekommen, um das Erreichbare auch auf ihre Bezirke zu überpflanzen. Dazu, meine Damen und Herren, möchte ich mir Ihre Hilfe erbitten; werben Sie Mitglieder unseres Vereins auch in den kleinsten Landgemeinden. Lassen wir uns durch anfängliche Misserfolge nicht abschrecken. Steter Tropfen höhlt den Stein. Die Arbeit ist mühsam, aber des Schweisses der Edlen wert.

Ich habe Ihnen nun zunächst einige geschäftliche Mitteilungen zu machen.

Der Herr Oberpräsident der Rheinprovinz dankt für die ihm übermittelte Einladung zu unserer Versammlung, bedauert aber, durch eine Dienstreise am Erscheinen verhindert zu sein; auch gestattet leider die Geschäftslage nicht die Entsendung eines Vertreters.

Der Herr Regierungspräsident von Düsseldorf ist gleichfalls verhindert, bei uns persönlich zu erscheinen. Er hat aber als Vertreter die Herren Oberregierungsrat Dr. Diderichs, Reg.- und Geh. Med.-Rat Dr. Borntträger und Kreisarzt Dr. Rathmann entsandt. Wir danken den Vertretern der Staatsregierung, dass sie zu unserer heutigen Versammlung erschienen sind.

Dann aber danke ich auch ganz besonders dem Herrn Oberbürgermeister Dr. Johannsen, dass er die Liebenswürdigkeit hatte uns einzuladen und dass er die Vorbereitungen für den heutigen Tag so vorzüglich getroffen hat.

Oberbürgermeister Dr. Johannsen: Meine Damen und Herren! Ich habe die Ehre den Niederrheinischen Verein für öffentliche Gesundheitspflege im Namen der Stadtverwaltung hier bei uns herzlichst willkommen zu heissen. Wir freuen uns, dass Sie nach langem, langem Zeitraume unsere Stadt einmal wiedergewählt haben, um hier ihre Hauptversammlung abzuhalten. Wir wünschen, dass Ihre Verhandlungen vom besten Erfolge begünstigt sein möchten, zum besten des ganzen Volkes. Aber wir sind auch eigennützig genug zu hoffen, dass die heutigen Beratungen auch uns neue An-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

regungen und Belehrungen geben mögen. Endlich hoffen wir, dass den Stunden ernster Arbeit bei uns und mit uns, frohe Stunden des geselligen Zusammenseins folgen werden und dass nicht wieder 27 Jahre zu vergehen brauchen, bis Sie wieder einmal zu uns kommen.

Oberregierungsrat Dr. Diderichs: Der Herr Regierungspräsident Dr. Kruse zu Düsseldorf ist zu seinem wirklichen Bedauern verhindert, hier zu erscheinen. Er hat aber sein lebhaftes Interesse an ihren Verhandlungen dadurch bekundet, dass er mehrere Beamte der Königl. Regierung hierher entsandt hat. Es ist dieses auch gerechtfertigt, da der Vorstand es mit besonderem Geschick verstanden hat, auf die heutige Tagesordnung Gegenstände zu setzen, die lebhaftes Interesse erwecken müssen; es beweist dieses auch der zahlreiche Besuch zu dieser ungewohnten Stunde. Die Beseitigung des Hausmülls ist eine schwere Sorge für die Städte, die um so mehr auf den Gemeinden lastet, als das Stadtgebiet bebaut und die Bevölkerung zunimmt. Bei der Abfuhr, Verwertung und Untauglichmachung des Mülls spielen sehr wichtige gesundheitliche und finanzielle Interessen mit, es kommen auch Rücksichten auf die Landwirtschaft und Industrie in Betracht. Grössere Bedeutung möchte ich noch dem zweiten Vortrage beimessen. Der Rückgang der Geburten, der vor ungefähr drei Jahrzehnten im deutschen Reiche eingesetzt hat, ist eine überaus beachtenswerte und auffallende Erscheinung; sie erweckt überall die Sorgen derer, die im öffentlichen Leben stehen. Besonders mein Präsident hat seit langer Zeit gerade dieser Frage eine rege Aufmerksamkeit gewidmet. Seine Beamten werden diesem Vortrage, ebenso wie dem ersten, und den hoffentlich sich anschliessenden Erörterungen mit besonderem Interesse folgen, denn wir sind überzeugt, dass wir heute noch manches Wissenswerte erfahren und manche praktische Anregung erhalten werden. Dem Vorstande spreche ich daher für seine liebenswürdige Einladung unseren verbindlichsten Dank aus.

Der Vorsitzende dankt zunächst den beiden Vorrednern für ihre liebenswürdigen Worte und fährt dann fort: Meine Damen und Herren! Mir liegt noch eine ernste Pflicht ob. Viele von Ihnen werden in unsern Reihen einen Mann schmerzlich vermissen. Der Gründer unseres Vereins, sein bester und treuester Freund, der die Geschäfte so lange Jahre in mustergültiger Weise geführt und ihn über alle Fährnisse sicher hinweggeleitet hat, ist nicht mehr. In der Frühe des 25. April dieses Jahres ist Eduard Lent heimgegangen. Ein sanfter Tod nahm ihn nach kurzer Krankheit aus voller Schaffensfreude hinweg; schmerzlos trug ihn der Fittig des Todes hinüber

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nach einem guten, tatenreichen Leben im Dienste seiner Mitmenschen. Sie werden nicht annehmen, dass ich Ihnen hier eine Schilderung seines Lebens gebe. Sein Nachfolger als ständiger Geschäftsführer unseres Vereins, Prof. Dr. Pröbsting, hat ihm in unserem Centralblatt ein würdiges Denkmal gesetzt. Aber dem einen möchte ich doch hier Ausdruck geben, dass wir dem seltenen Mann, dessen unermüdlichem Schaffensdrang die vorrückenden Jahre anscheinend kein Ziel setzen konnten, dem Manne, der so oft in ernsten Fragen uns Führer uns Leiter gewesen, der mit echt hellenischem Geiste das *καλὸϱ ἀγαδὸϱ* der Alter erfasst hatte, dem Manne mit dem goldenen Herzen und dem sprudelnden Humor ein treues, nie erlöschendes Andenken bewahren werden. Solange in deutschen Landen die öffentliche Gesundheit eine Stätte der Pflege und Lehre haben wird, solange wird dankbar genannt werden der Name Eduard Lent. Der Kranz, den wir an seiner Ruhestätte niedergelegt, war der Ausdruck unseres tief innersten Empfindens: Niemals vergessen.

Oberbürgermeister Dr. Johannsen macht dann noch die Mitteilung, dass nach Beendigung der Verhandlungen verschiedene Gemeindeeinrichtungen zur Besichtigung zur Verfügung ständen, zu welchem Zwecke eine Teilung in Gruppen erforderlich werde.

1. Besichtigung der Reinigungsanlage der Stadtkanalwässer.
2. Besichtigung der höheren Mädchenschule mit Haushaltungsschule.
3. Besichtigung der Desinfektionsanstalt und der Feuerwache.

Der Vorsitzende: Ich habe Ihnen dann noch mitzuteilen, dass der Vorstand den Herrn Professor Dr. Pröbsting mit der ständigen Geschäftsführung beauftragt hat.

Ich erteile nun das Wort Herrn Professor Dr. Pröbsting zur Erstattung des Geschäftsberichtes.

Prof. Dr. Pröbsting: Der Niederrheinische Verein für öffentliche Gesundheitspflege hatte im letzten Jahre 838 Einzelmitglieder, 88 Stadtgemeinden und 32 Landgemeinden. Wir haben also gegenüber dem Vorjahre 40 Mitglieder und zwei Stadtgemeinden weniger. Die Stadtgemeinden haben wir verloren infolge Eingemeindung. Neu beigetreten sind vier Landgemeinden. Über den Stand der Mitglieder gibt nachstehende Tabelle Auskunft:

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Regierungsbezirk	Mitglieder		Stadtgemeinden		Landgemeinden		
	1909	1910	1909	1910	1909	1910	
Minden	17	17	2	2	—	—	
Münster ...	7	7	2	1	—	—	Abg.: Stadt Münster i.W.
Arnsberg ..	122	108	21	21	7	7	
Aachen	62	57	7	8	—	—	Zug.: Stadt Würselen
Cöln	216	215	10	9	3	4	Abg.: Kalk infolge Eingemeindung. — Zug.: Gem. Much (Siegkr.)
Coblenz ...	50	47	6	6	2	2	
Düsseldorf .	344	337	39	38	15	18	Abg.: Städte Kettwig u. Cleve. — Zug.: Stadt Rees, die Gemeinden Werden, Bredeney und Kupferdreh
Trier	21	14	2	2	1	1	
Cassel.....	3	2	1	1	—	—	
Wiesbaden .	15	15	—	—	—	—	
Auswärtige	21	19	—	—	—	—	
Zusammen	878	838	90	88	28	32	
1908	897						
1907	959						
1906	997						
1905	1027						
1900	1331						
1898	1440						

Der Vorstand bestand aus: Oberbürgermeister Dr. Oehler (Crefeld), Oberbürgermeister Veltman (Aachen), Landesbaurat a. D. Beigeordneter Rehorst (Cöln), Stadtbaurat und Beigeordneter Schönfelder (Elberfeld), Prof. der Hygiene Dr. Reichenbach (Bonn), Medizinalrat Dr. Wex (Düren), Prof. Dr. Pröbsting (Cöln), Oberbürgermeister Jarres (Remscheid), Beigeordneter Geussen (Düsseldorf).

Das Centralblatt für allgemeine Gesundheitspflege ist regelmässig erschienen und jedem Mitglied zugegangen. Dasselbe brachte im Jahre 1910 Originalaufsätze auf den Gebieten Tuberkulosenhäufigkeit, Badewesen, Genesungsheim, Kindersterblichkeit, Wasserturm in M.-Gladbach, Cölner Genesungsheim, Bau von Kleinhäusern und Beamtenwohnungen, Pflege der unehelichen Kinder usw., und Literaturberichte. Über die Versammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege in Elberfeld erstattete Prof. Dr. Pröbsting Bericht,

Zu der im vorigen Jahresbericht erwähnten Anfrage des Deutschen Juristentages, welcher uns um Material zur Bearbeitung der Frage des Kleinwohnungswesens gebeten hatte, ist mir von einer Anzahl der zu unserm Verein gehörigen Gemeinden reiches

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Material zugegangen. Den Gemeindemitgliedern, die sich dieser äusserst schwierigen und umfangreichen Arbeit unterzogen haben, sei hier unser besonderer Dank ausgesprochen.

Unsere Bibliothek erfreut sich einer immer mehr steigenden eifrigen Benutzung.

Die im Vorjahre ausgesprochene Bitte, dass die Vereinsmitglieder dahin wirken möchten, dem Verein neue Freunde und Mitglieder zu gewinnen, ist leider nicht so erfolgreich gewesen, wie wir es gerne gesehen hätten, denn derselbe ist um 40 Mitglieder, ausser den Verlusten durch Sterbefall, zurückgegangen. Ich darf die ausgesprochene Bitte auch heute wohl wiederholen und spreche dabei den Wunsch aus, dass doch überall Freunde unserer Bestrebungen zum Beitritt geworben werden möchten, damit wir unsere Aufgabe in vollem Umfange erfüllen können. Besonders für die Männer, die im Kommunalleben stehen, ist die Mitgliedschaft in unserm Verein von grösstem Wert.

Auf unseren Hauptversammlungen und im Centralblatt bieten sich so viele Anregungen, die nicht immer grosse Geldopfer erfordern, sondern die auch mit beschränkten Mitteln zum Wohle des Volkes durchgeführt werden können.

Der Vorsitzende: Wenn das Wort nicht gewünscht wird, dann erteile ich dem Geschäftsführer das Wort zum Kassenbericht.

Prof. Dr. Pröbsting:

Der Kassenbestand betrug Ende 1909 . .	M.	18 443.89
Derjenige Ende 1910	„	18 393.53
Der Reservefonds hat sich also gegen das Vorjahr verringert um	M.	50.36

Der Etat für 1910 wurde in der Hauptversammlung vom 23. Oktober 1909 wie folgt festgesetzt:

a) Einnahme an Beiträgen	M.	9 000.—
b) Zuschuss aus dem Reservefonds	„	1 000.—
Summe	M.	10 000.—
Die Einnahmen betrugen ohne Zuschuss . .	M.	8 834.11
Verausgabt wurden	„	8 884.47
Mithin mehr	M.	50.36

um welche Summe sich der Reservefonds, wie oben erwähnt, verringert hat. Der Zuschuss aus demselben war in Höhe von 1000 M. vorgesehen.

Die Ausgaben auf die verschiedenen Titel betrugen in dem Berichtsjahr:

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

a) Bibliothek		
nach dem Anschlage	M.	900.—
verausgabt	„	1093.93
Mehrausgabe	M.	193.93
b) Bureaukosten		
nach dem Anschlage	M.	700.—
verausgabt	„	630.—
Minderausgabe	M.	70.—
c) Geschäftsunkosten		
nach dem Anschlage	M.	350.—
verausgabt	„	276.79
Minderausgabe	M.	73.21
d) Druck statistischer Formulare		
nach dem Anschlage	M.	100.—
verausgabt	„	93.75
Minderausgabe	M.	6.25
e) Druck des Centralblattes		
nach dem Anschlage	M.	7600.—
verausgabt	„	6562.25
Minderausgabe	M.	1073.75
f) Ausserordentliche Ausgaben (Vereinsbeiträge)		
nach dem Anschlage	M.	350.—
verausgabt	„	177.75
Minderausgabe	M.	182.25

Die Rechnungsprüfer, Herr Dr. med. Schroers und Herr Dr. med. Schneider, haben die Rechnungen für 1910 geprüft und folgendes Protokoll aufgenommen:

Vorstehende Abrechnung des Niederrheinischen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege des Jahres 1910, abschliessend in Einnahme und Ausgabe mit M. 22278.—, bei einem Saldovortrag mit M. 18393.53 auf das Jahr 1911, wurde rechnerisch geprüft und richtig befunden; auch stimmen die Einnahmen und Ausgaben mit den vorgelegten Belägen überein.

Crefeld, den 12. April 1911.

gez. Dr. Schroers. gez. Dr. Schneider.

Der Vorsitzende: Ich stelle den Kassenbericht zur Beratung. Das Wort wird nicht gewünscht. Ich darf daher wohl annehmen, dass Sie die gewünschte Entlastung erteilen.

Prof. Dr. Pröbsting: Zu dem Etat für 1912 erlaube ich mir vorzuschlagen:

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

I. Einnahmen.

a) Beiträge usw.	M.	8 700.--
b) Zuschuss aus dem Reservefonds	„	700.—
Summe	M.	9 400.—

II. Ausgaben.

a) Bibliothek	M.	1 100.—
b) Bureaukosten	„	700.—
c) Geschäftsunkosten	„	350.—
d) Druck statistischer Formulare .	„	100.—
e) Druck des Centralblattes . .	„	6 800.—
f) Ausserordentliche Ausgaben .	„	350.—
Summe	M.	9 400.—

Der Vorsitzende: Das Wort wird nicht gewünscht. Ich erkläre dann den Etat für genehmigt.

Wir kommen nunmehr zur Vorstandswahl. Nach dem dreijährigen Turnus scheiden aus die Herren: Oberbürgermeister Dr. Oehler, Landesbaurat a. D., Beigeordneter Rehorst und Med.-Rat Dr. Wex. Ferner wird Ersatz zu wählen sein für Herrn Professor Dr. Reichenbach, der Bonn leider verlassen hat, und für Herrn Professor Dr. Pröbsting, der das Amt des ständigen Geschäftsführers übernommen hat.

Prof. Dr. Pröbsting: Nach unserm bisherigen Brauch würden wir zu wählen haben einen Bürgermeister, einen Arzt und einen Baumeister. Ich möchte ihnen zur Wahl vorschlagen die Herren: Oberbürgermeister Dr. Johannsen (Krefeld), Baurat Steuernagel (Cöln), Med.-Rat Dr. Schrakamp (Düsseldorf), und als Ersatz für Prof. Dr. Reichenbach Prof. Dr. Kruse (Bonn), der Ihnen ja noch von seiner früheren Tätigkeit in angenehmer Erinnerung sein wird, und als Ersatz für meine Person Herrn Med.-Rat Dr. Wolff (Elberfeld). Die Vorgeschlagenen werden durch Zuruf gewählt.

Der Vorsitzende: Dann habe ich noch mitzuteilen, dass der Mitarbeiter an unserm Centralblatt, Herr Prof. Dr. Reichenbach von Bonn nach Göttingen berufen worden ist. Wir rufen ihm ein herzliches Lebewohl zu! Der Dank unseres Vereins wird ihn begleiten. Gleichzeitig begrüsse ich seinen Nachfolger in der Redaktion des Centralblattes, Herrn Prof. Dr. Kruse. Er ist den meisten von uns schon als altes Mitglied bekannt.

Wir kommen nun zur Wahl der Rechnungsprüfer. Wir sind den langjährigen Prüfern unserer Rechnungen aufrichtigen Dank schuldig und diesem Dank können wir dadurch am besten Ausdruck

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

geben, dass wir die bisherigen Rechnungsprüfer San.-Rat Dr. Schroers und Dr. Schneider, beide zu Krefeld, wiederwählen.

Die Versammlung beschliesst demgemäss. Die Gewählten nehmen die Wahl an.

Die Beseitigung des städtischen Hausmülls.

Stadtbaurat, Beigeordneter Hentrich zu Krefeld: Das Thema, über das ich auf Wunsch des Vorstandes sprechen werde, ist in der letzten Zeit wiederholt in Vorträgen und Veröffentlichungen behandelt worden. Besonders eingehend ist das geschehen in einem Vortrage, den die Stadtbauräte Brettschneider und Winchenbach auf der Versammlung der Vereinigung technischer Oberbeamten deutscher Städte in Elberfeld 1910 gehalten haben. An deren erschöpfenden Darlegungen wird sich mein Vortrag im wesentlichen anschliessen.

Als Hausmüll bezeichnet man die Summe aller festen Abfallstoffe aus den häuslichen Wirtschaftsbetrieben. Der Gewerbeabfall muss ausgeschieden werden, ebenso wie auch Abbruchmaterial, wie es sich aus baulichen Änderungen in Häusern vielfach ergibt.

Der Hausmüll wird in stofflicher Beziehung unterschieden als a) Asche: ist das Produkt der Verbrennung in Herden, Öfen und Zentralheizungen; b) Kehricht: das Produkt der Haus- und Hofreinigung; c) Küchenabfälle: und zwar zunächst die Abfälle aus der Vorbereitung der Speisen, wie Gemüseabfälle, Obst- und Kartoffelschalen, Fleisch-, Fett- und Hautabfälle, Gedärme und dergl., sowie andererseits die Abfälle aus zubereiteten oder verdorbenen Speisen. Speisereste, Knochen, Fette, Öle usw.; d) hauswirtschaftliche Abfälle: d. h. alles, was an verschlissenen und zerbrochenen Hausgegenständen aus dem Haushalte verschwinden muss, wie Lumpen, Papier, Flaschen, eiserne und irdene Geschirre, Blechbüchsen usw.

In hygienischer Beziehung sind diese Arten von Abfällen sehr verschieden zu beurteilen. Die Asche ist meist hygienisch einwandfrei. Ihr grösster Nachteil besteht in einer starken Staubentwicklung. Gefährlicher ist schon der Kehricht wegen des in ihm enthaltenen Schmutzes, Sputum und sonstigen Keimträgern. Doppelt gefährlich wird der Kehricht bei Infektionskrankheiten. Küchenabfälle aus der Vorbereitung der Speisen sind im allgemeinen ungefährlich. Schlimmer wird die Sache schon bei Resten von zubereiteten Speisen, wenn sie länger aufbewahrt worden sind und infolgedessen in Fäulnis übergehen. Verdorbene Speisen bilden einen wahren Nährboden für Krankheitskeime. Hauswirtschaftliche Abfälle, zerbrochenes Geschirr, Lumpen usw. sind in der Regel an sich einwandfrei, gefährlicher werden sie nur, wenn sie vorher durch kranke Personen infiziert worden sind. Das Mengenverhältnis der einzelnen Sorten Müll zueinander beträgt durchschnittlich:

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Asche und Kehricht . . 60%
Küchenabfälle 15%
hauswirtschaftliche Abfälle 25%
} der Gesamtmengen.

Sehr verschieden sind die in den einzelnen Haushalten anfallenden Müllmengen. In den Vorstädten mit ihren grossen Gärten ist durchweg wenig oder gar kein Müll abzufahren, erheblicher werden die Mengen in den Städten, wo sie gegen 0,4—0,5 kg für den Kopf und Tag = 0,67—1,00 l für den Kopf und Tag beträgt. Dabei ist in den Vierteln mit Arbeiterbevölkerung weniger, in den Vierteln mit wohlhabender Bevölkerung mehr zu beseitigen. Die Mengen sind auch zu den einzelnen Jahreszeiten sehr verschieden, das Verhältnis zwischen Sommer und Winter stellt sich wie 1 : 1,5. Im grossen Durchschnitt ist mit 0,28 cbm Müll pro Kopf und Jahr zu rechnen.

Ich komme nun zu der wichtigen Frage der Sammlung und Aufbewahrung des Mülls in den Häusern. Gewöhnlich ist ein in der Küche stehender offener Abfalleimer dazu bestimmt, den anfallenden Müll ohne Unterschied aufzunehmen. In Vorstädten und in sparsam geführten Haushaltungen findet man aber auch schon vielfach eine Trennung. Die Asche wird zur Anlage von Gartenwegen oder zur Bodenkultur aufbewahrt. Speisereste erhalten Hund und Hühner, oder der Milchmann nimmt sie alltäglich mit. Hauswirtschaftliche Abfälle werden aufbewahrt für den Trödler, der von Zeit zu Zeit vorspricht und für wenige Pfennige grosse Mengen Lumpen und altes Metall mit sich fortführt. Diese Art der Trennung des Mülls ist in Charlottenburg als sogenanntes Dreiteilungssystem organisiert und zwangsweise durchgeführt. Gegen die geschilderte Art der Müllansammlung lässt sich im allgemeinen wenig einwenden, wenn die Gefässe täglich, etwa nach der Hauptmahlzeit geleert und gründlich gereinigt werden.

Der in der Küche gesammelte Müll gelangt nunmehr zu den Sammelbehältern im Hofe. Hier kommen die heute immer seltener werdende Müllgrube und die Sammlung in Gefässen in Betracht. Müllgruben findet man in der Hauptsache nur noch in den Aussenbezirken, auf grösseren Gartengrundstücken. Sie können hygienisch einwandfrei sein, wenn sie nicht zu nahe am Hause liegen, gut verschlossen und entwässert sind. Die Müllgefässe müssen durchaus dicht und fest sein und einen guten Verschluss haben; auch muss eine gewisse Handlichkeit gefordert werden. Als bestes Material ist verzinktes Eisenblech anzusehen. Das Fassungsvermögen der Müllgefässe wechselt zwischen 25—200 l. Im hygienischen Interesse ist zu fordern, dass die Gefässe, die zum Abholen bestimmt sind, auch wirklich den erwähnten Forderungen entsprechen. Da das trotz eingehender polizeilicher Vorschriften meist nicht der Fall ist,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

so ist im hygienischen Interesse die einheitliche Gestellung und Unterhaltung der Müllgefässe zu fordern. Die Gefässe sollen von dem, der die Müllabfuhr besorgt, gestellt werden, sei dies nun ein Unternehmer, oder sei es die Stadtgemeinde selbst. Dann kommen keine alten Hutschachteln, Kessel, alte Eimer usw. mehr als Sammelbehälter vor.

Der im Hofe gesammelte Müll gelangt nunmehr zur Abfuhr auf die Strasse. Meist werden die Müllgefässe heute noch von den einzelnen Haushaltungen auf den Strassen zur Abfuhr bereitgestellt. Das ist in hygienischer Hinsicht sehr bedenklich. Die Gefässe stehen doch oft recht lange unbeaufsichtigt auf der Strasse herum und währenddem wird der Müll durch den Wind, Hunde, böse Buben und sogenannte Naturforscher auseinandergescharrt und zerstreut. Das Herausstellen der Gefässe bringt noch andere Nachteile mit sich. Das Herumstehen der Müllgefässe auf der Strasse ist lästig für den Verkehr, es ist misslich und störend für den Haushalt, wenn die gefüllten Eimer nicht rechtzeitig herausgebracht werden. Endlich ist dies Verfahren unwirtschaftlich, weil der Abfuhrbetrieb auf wenige Stunden des Tages beschränkt werden muss. Alle diese Übelstände schwinden, wenn die Eimer auf dem Hofe stehen bleiben und von dort abgeholt werden. Es ist ja mitunter etwas lästig, wenn der Mülleimer aus verschlossenen Häusern herausgeholt werden muss, das ist aber ein so kleiner Nachteil, dass er gegenüber den grossen Vorteilen, die das Verfahren bietet, gar nicht in Betracht kommen kann. Neben den hygienischen bietet das Verfahren auch wirtschaftliche Vorteile, trotz der grösseren Leistungen, die das Herausholen der Gefässe verursacht, weil der Betrieb den ganzen Tag über durchlaufen kann. Die Häufigkeit der Abholung ist im allgemeinen ausreichend, wenn sie 2—3 mal wöchentlich erfolgt. Eine tägliche Abholung findet man seltener. Wenn die Gefässe aus den Häusern abgeholt werden, so genügt eine wöchentlich zweimalige Leerung. Wenn es aber möglich ist, das volle Gefäss durch ein frischgewaschenes und desinfiziertes zu ersetzen, dann ist es auch ausreichend, den Müll alle 14 Tage einmal abzuholen. In Solingen werden die Gefässe sogar nur alle vier Wochen ausgewechselt. Noch ein Wort zu der in einigen wenigen Städten üblichen Abholung des Mülls bei Nacht. Sie ist nicht zu empfehlen. Beim Aufladen lässt sich eine gewisse Ruhestörung nicht vermeiden. Schlimmer noch ist der Unfug und die Ruhestörung die durch Nachtschwärmer mit den Mülleimern verübt wird. Aus diesem Grunde ist das Publikum auch gar nicht so sehr dafür zu haben, sein Eigentum bei Nacht unbeaufsichtigt auf die Strasse zu setzen, weil es befürchten muss, die Gefässe gar nicht oder in beschädigtem Zustande am nächsten Morgen wiederzufinden.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die Entfernung des aus den Häusern herausgeholten Mülls aus der Stadt erfolgt leider in vielen Städten noch durch Privatunternehmer. Diese wollen natürlich in erster Linie aufs Verdienen hinaus und wenden deshalb in hygienischer Beziehung nur recht wenig Sorgfalt auf. Auch fehlt es nicht an Schikanen des Publikums durch die Abfuhrleute. Es ist daher im Interesse der öffentlichen Gesundheitspflege, die Abfuhr durch die Gemeinden zu fordern. Die Versuche, den Ansprüchen der Hygiene bei der Abfuhr gerecht zu werden, haben zu den verschiedensten Ergebnissen und Verfahren geführt. Von den heute noch meist zur Verwendung kommenden Sammelwagen muss unbedingt eine vollständige Dichtigkeit und Festigkeit, guter Verschluss gegen Staub und eine leichte Auslademöglichkeit gefordert werden. Etwas Vollkommenes ist allerdings hierbei bisher noch nicht geboten worden. In hygienischer Beziehung ist die beim Einfüllen, namentlich bei windigem Wetter entstehende grosse Staubentwicklung zu beklagen und bei den Wagen, die dieser Staubentwicklung vorbeugen sollen, die mangelhafte Füllung, da die zur Verhütung der Staubentwicklung angebrachten Vorrichtungen eine völlige Ausnutzung der Ladefähigkeit nicht gestatten. Alle diese Wagen aber verursachen durch verwickelte Einrichtungen viele Reparaturen und sind daher im Betrieb sehr teuer. Diese Nachteile der Sammelwagen vermeidet das in Kiel und Dortmund eingeführte sogenannte Wechselkastensystem. Bei diesem Verfahren findet in den Häusern ein Austausch der vollen gegen leere Tonnen statt. Hygienisch ist diese leider noch zu wenig bekannte Einrichtung einwandfrei. Der Vorwurf, dass hier so viele tote Last mit herumgeschleppt werde, trifft nicht zu. Das Verhältnis zwischen netto und brutto beträgt wie bei den Sammelwagen 0,54. Dies Verfahren allein bietet die Möglichkeit, einer jedesmaligen Reinigung der Gefässe. Eine grosse Nutzlast ermöglicht auch das Wechselbodensystem, wie es in Hannover eingeführt ist. Zwei Männer setzen im Hause den Eimer in einen Sack, der Boden fällt mit dem Müll in diesen Sack und es wird nur ein frischer Boden eingesetzt. Das Verfahren hat aber in hygienischer Beziehung sehr grosse Bedenken wegen der Staubentwicklung beim Umfüllen im Hause.

Die weitere Entfernung des Mülls aus der Stadt, wie auch seine endgültige Unterbringung ist durch die örtlichen Verhältnisse bestimmt. Die grossen Städte verladen den Müll vielfach in Eisenbahnwagen. In Berlin und Vororten wird der Inhalt des Sammelwagens einfach in offene Eisenbahnwagen entleert. Dass das nicht ohne starke Staubentwicklung abgeht und daher hygienisch mit Nachteilen verbunden ist, liegt wohl auf der Hand. In München werden die Sammelwagen auf die Eisenbahnwagen geschoben und mit hinausgefahren, so dass die Entleerung erst ausserhalb der Stadt

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

erfolgt. In ähnlicher Weise ist die Abfuhr in Dortmund geregelt, wo die Wechseltonnen verladen und erst draussen im Felde entladen werden.

Die endgültige Beseitigung des Mülls erfolgt heute meist noch durch einfache Ablagerung im Felde. Das ist in wirtschaftlicher Hinsicht meist das beste Verfahren. Hygienisch ist es einwandfrei, wenn der Abladeplatz genügend weit von Wohnstätten entfernt ist, damit Geruchsbelästigungen, Ratten- und Insektenplagen, sowie Boden- und Grundwasserverseuchungen ausgeschlossen sind. Weiter muss die Lagerstätte gegen Unbefugte („Naturforscher") und zum Schutze gegen Verwehen von Papier sicher abgesperrt sein. Der verschüttete Müll muss regelmässig abgedeckt werden. Die Müllplätze dürfen aber nicht als Bauplätze benutzt werden, vor allem aber auch nicht zu Strassenbauzwecken, dagegen ist ihre Verwendung zu Park- oder Grünanlagen unbedenklich. Hier möchte ich nur an die wundervolle Anlage des Scherbelberges bei Leipzig erinnern. Misslich ist das Befahren der Müllplätze mit den Sammelwagen. Durch Bohlenbelag oder Umladung ist hier abzuhelfen. Letztere ist namentlich notwendig bei Wechselkasten, die dann auch gleich draussen gereinigt und desinfiziert werden.

Eine andere Verwertung des Mülls bietet die Vernichtung durch Feuer. Vergasung und Schmelzung des Mülls sind bisher über die Versuche noch nicht hinausgekommen, dagegen hat die Verbrennung schon eine weitere Verbreitung gefunden. Dies Verfahren ist hygienisch das beste, wirtschaftlich aber nur unter besonders glücklichen Umständen, wenn nämlich die Ergebnisse der Verbrennung: Wärme und Schlacken nutzbringend verwendet werden können. Eine Verbrennung des Mülls in den niederrheinischen Gebieten ist nun deswegen meist nicht lohnend, als für die Schlacken, die mit dem billigen Rheinkies nicht konkurieren können, kein Absatz vorhanden ist. Für die Verbrennung sind die verschiedensten Systeme in Gebrauch. Ich erwähne den Ofen von Horsfell, Doerr, Herbertz, Caspersohn (Hamburg), Fried (Barmen), die sich unterscheiden durch Beschickungsart, Rostanlage und die erzielte Temperatur. Die Schlackenmenge beträgt durchweg 60 % der Müllmengen.

Zum Schluss ist noch einiges über die sogenannte Müllverwertung zu sagen. Die inoffizielle Müllverwertung, die von Sammlern aller Art betrieben wird, kommt hierbei nicht in Frage. Die offizielle Müllverwertung im weiteren Sinne, sind die Ablagerung und die Verwertung durch Feuer, im engeren Sinne, das Dreiteilungssystem und das Sortierverfahren. Von den letztern findet man das eine in Charlottenburg, das andere in München. Das Charlottenburger Dreiteilungssystem (Asche, Speisereste und Gerümpel) ist, zwangsweise im Hause angewendet, überaus lästig, auch ist die

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:56 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Sicherheit der Trennung nicht gross. Wenig einwandfrei ist besonders die Abfuhr der Speisereste, bei der man manchmal recht ekelhafte Begleiterscheinungen beobachten kann. Die Sortierung der Hauswirtschaftsabfälle geschieht in Charlottenburg in der Weise, dass sie auf ein breites Leseband gebracht werden und dann an den Personen, die für die Sortierung angestellt sind, vorbeigleiten. Diese haben immer dieselben Sachen auszusortieren, der eine Glasscherben, der andere Blech, Eisen u. dergl., während ein anderer Papier usw. zu sammeln hat. Dieses Verfahren ist hygienisch nicht einwandfrei, weder für die lesenden Personen noch für die Abnehmer der Gegenstände. Die Küchenabfälle wurden früher gekocht und an Schweine verfüttert. Das hat sich aber nicht durchführen lassen, da unter den Tieren Seuchen ausbrachen, auch ergaben sich Missstände bei der Aufbewahrung. Heute ist man dazu übergegangen, die Küchenabfälle zu Futtermehl zu verarbeiten, wodurch manche Gefahren ausgeschlossen sind. Der wirtschaftliche Erfolg dieses Verfahrens ist zweifelhaft, jedenfalls muss die Stadt der Betriebsgesellschaft erhebliche Zuschüsse leisten. Das in München übliche Sortierungsverfahren ist hygienisch noch schlimmer, weil die gesamten Müllmengen, Asche und Kehricht hauswirtschaftliche Abfälle und Küchenabfälle unsortiert zur Verwertungsanstalt gelangen. Wer solcher Sortierung auch nur einmal beigewohnt hat, wird sich aus menschlichen Gründen gegen eine derartige Arbeit wenden.

Zum Schluss die Kostenfrage. Unter günstigen technischen Verhältnissen und bei bescheidenen hygienischen Anforderungen kostet die Beseitigung des Mülls aus der Stadt durchschnittlich 0.80 M. für den Kopf und das Jahr, eine einwandfreie Beseitigung mit Ablagerung etwa 1 M. für das Jahr und den Kopf, die Verbrennungskosten betragen ausserdem noch 0.50 M. für den Kopf und das Jahr. In einzelnen Städten, so z. B. in Charlottenburg, betragen die Gesamtkosten 1.80 M. auf den Kopf der Bevölkerung.

Sind diese Kosten auch hoch, so darf die Gemeinde dennoch im Interesse der Gesundheit ihrer Einwohner nicht vor der Kostenfrage zurückschrecken. Die Sorge um die Volksgesundheit muss mehr und mehr dazu führen, hygienisch bessere Einrichtungen zu treffen, als sie heute leider noch in einer grossen Zahl von Städten vorhanden sind.

Bruckmann-Krefeld: Die Ausführungen, die der Herr Vorredner gemacht hat, sind ja im allgemeinen einwandfrei, jedoch hebe ich hervor, dass ich einen Müllabfuhrwagen erfunden habe, der die geschilderten Mängel ausschaltet, der sich staubfrei selbst belädt und auch staubfrei entladen wird. Weitere Ausführungen darf ich nicht machen, weil ich das System, das ich erfunden

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

habe, zunächst hier meiner Vaterstadt zukommen lassen will aus dem Grunde, weil sich aus der Ausführung meiner Erfindung eine Industrie herausschaffen kann, die ich meiner Vaterstadt sichern möchte.

Den Herren, die sich für die Sache interessieren, bin ich gerne bereit, wenn sie die Sache geheimhalten wollen, die Zeichnungen zuzuschicken. Sie werden sich dann überzeugen, dass die Sache sich bewähren kann und auch wird.

Der Vorsitzende: Wir danken Herrn Bruckmann für sein freundliches Anerbieten. Wenn das Wort nicht weiter gewünscht wird zu dieser Sache, dann erteile ich ich das Wort dem nächsten Referenten, Herrn Beigeordneten Dr. Most-Düsseldorf.

Die Geburtenabnahme in Deutschland mit besonderer Berücksichtigung der niederrheinischen Städte.

Beigeordneter Dr. Most-Düsseldorf: Meine sehr geehrten Herren! Der Niederrheinische Verein für öffentliche Gesundheitspflege beschäftigt sich sonst wohl meist mit der Frage, wie die physische Qualität der Menschheit zu heben sei durch Massnahmen der öffentlichen Hygiene. Aber auch die Hebung der Quantität, die Hebung der Volkskraft spielt von jeher in den Verhandlungen eine Rolle, gilt es doch oft, neue Wege im Kampfe gegen die überaus grosse Sterblichkeit zu finden; nur eine andere Seite der gleichen Medaille stellt es dar, wenn wir heute über den Geburtsrückgang sprechen. Handelt es sich bei dem Problem der Sterblichkeit um die Frage: „Was ist zu tun oder zu lassen, damit die wertvollen Kapitalien geistiger und materieller Art, die in den Menschen stecken, der Gesamtheit nicht durch allzufrühes Hinscheiden verloren gehen?“, so lautet die parallele Fragestellung angesichts des Problems der Geburtsentwicklung: „Was ist zu tun oder zu lassen, damit diese Kapitalien, diese Kräfte nicht nur zum gegenwärtigen Vorteile des Einzelnen, sondern auch für die Zukunft des Volkes voll ausgenutzt werden“. Sich mit dieser Frage zu beschäftigen, liegt gerade für den Verein der öffentlichen Gesundheitspflege besonderer Anlass vor, einmal, weil es das Volksinteresse, nicht das Einzelinteresse ist, dem der Verein dient, und zum andern, weil die gleichen Faktoren, welche von dieser Seite her auf die Menschenquantitäten einwirken, auch zugleich massgebend die Menschenqualität beeinflussen, worüber noch zu reden ist.

Aber zuvor noch ein reservatio! Die mir zugemessene Zeit erlaubt es natürlich nicht, ein so eminent wichtiges Problem auch nur annähernd zu erschöpfen; aber auch bei unbeschränkter Redezeit wäre ich dazu gar nicht in der Lage, denn ich kann nur meinen Standpunkt, denjenigen des Volkswirts, des Bevölkerungs-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

politikers entwickeln, nicht denjenigen des Arztes, des Hygienikers, die beide sehr gewichtige Worte mitzusprechen haben. Freilich — gestatten Sie mir diese Bemerkung — ist meines Erachtens das bevölkerungspolitische Element bei der Behandlung der Frage unbedingt das Entscheidende, demgegenüber jeder andere Gesichtspunkt höchstens einschränkende, nicht aber aufhebende Bedeutung haben kann; inwieweit letzteres der Fall ist, wird ja die Diskussion lehren, die, getragen von der Erfahrung ausgezeichneter und gemeinnützig gesinnter Männer, mir als das Wichtigste heute erscheinen würde; ich sehe meine Aufgabe nur darin, den Rahmen dafür zu stellen.

Welche Kräfte es letzten Endes sind, die der volkswirtschaftlichen Entfaltung die Richtung und die Stärke geben, ist umstritten; aber doch ringt sich immer mehr die Überzeugung durch, dass bei aller Bedeutung, die den Schätzen der Natur, die den Einflüssen ausserhalb des Menschen zukommt, doch, wie schon Macaulay gesagt hat, es die Menschen stets sind, die die Volkswirtschaft machen. Auf den Gesetzen der Logik wie auf den Erfahrungen der Geschichte beruht der Satz: Macht und Ohnmacht eines Volkes hängen schliesslich davon ab, welche Menge arbeitender Hände, denkender Köpfe, schaffender Lebensenergien, und damit auch militärischer Kräfte ihr zur Verfügung stehen. Mit der Bevölkerung wächst die Leistungsfähigkeit der Gesamtheit, wächst die Intensität in der Ausnutzung vorhandener Produktionsmittel, und in immer vollkommenerer Weise vollziehen sich Arbeitsvereinigung und Arbeitsteilung, steigert sich nicht zuletzt auch infolge des verschärften Wettbewerbs das Tempo des Denkens und Handelns beim Einzelnen, und damit auch bei der Gesamtheit.

Keine Wahrheit, die nicht bedingt wäre! So auch hier. Wo die Volkszahl sich ins Ungemessene gesteigert hat, da reicht der Boden und auch der Nährboden für sie nicht aus; wo der Platz zum Wohnen fehlt, d. h. wenn die Menschen so dicht gedrängt aufeinander sitzen, dass Gefahr im Verzuge ist, und ein Steigen der Sterblichkeit sie deutlich an die Wand malt, oder wo es am Platz zum Wirken fehlt, d. h. wenn es an Lohn und Beschäftigung mangelt, und eine wirtschaftliche Verelendung dieses erkennen lässt, dann ist „Übervölkerung“ vorhanden, und weiterer Zuwachs wird kein nationaler Gewinn, sondern eher ein nationaler Schaden. Früher oder später, mag man nun wohl sagen, tritt dieser Zustand für jedes Volk ein, denn unvermehrbar ist der Boden, unvermehrbar sind die unorganischen Schätze der Natur, unbegrenzt vermehrbar aber ist die Zahl der Menschen; einmal muss darum die Überspringung des Nahrungsspielraumes, die Übervölkerung kommen.

Es mag sein, dass diese Theorie an sich richtig ist; aber wann wird sie praktisch werden? Eine neue Erfindung, eine neue

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Entdeckung, eine neue Technik kann mit einem Male neuen Raum für Millionen schaffen; vor Jahrzehnten glaubte man das Gespenst der Übervölkerung vor der Türe, eine Fülle von Büchern und Broschüren solcher, die vor weiterer Vermehrung warnten, ging in das Volk hinaus; die industrielle Entwicklung hat das Gespenst verjagt. Hätte damals aber eine ausklügelnde, angeblich weise vorausschauende Theorie es in Deutschland fertig gebracht, der Geburtenzunahme Einhalt zu tun, dann hätte eine grosse Zeit ein kleines Geschlecht gefunden, denn darüber besteht kein Zweifel: Deutschland ist gross und mächtig geworden nicht trotz, sondern wegen seines starken Bevölkerungswachstums, und angesichts der unbegrenzten Möglichkeiten wirtschaftlicher Entwicklung ist es wenig am Platz, sich heute den Kopf späterer Generationen zu zerbrechen, darüber zu sorgen, ob und wann, wenn die Bevölkerung weiter wie bisher wächst, die Übervölkerung droht. Es kann Jahrhunderte dauern, bis sie eintritt; sollen wir wegen kaum greifbarer Faktoren der Zukunft die Forderungen der Gegenwart übersehen? So lange noch die neu hinzutretenden Millionen die Möglichkeit haben, produktiv zu wirken, d. h. höhere Werte zu produzieren, als zu konsumieren, so lange steht es gut. Dass aber für Deutschland nach dieser Richtung keine Bedenken vorliegen, zeigt die Steigerung des Nationalvermögens, lehrt die Lohn- und Sparkassenstatistik mit ihren unleugbaren Zeugnissen wachsender Einkommen und zunehmenden Wohlstands. Demgegenüber hat man freilich gerade in den letzten Jahren mehrfach auf die eingetretene Arbeitslosigkeit hingewiesen und dabei bemerkt, die immer wiederkehrende Erscheinung, dass Tausende der Mitbürger keine Arbeitsgelegenheit zu finden vermögen, sei der beste Beweis für eine Übervölkerung: tatsächlich aber handelt es sich dabei nicht um Folgen der Übervölkerung, sondern um Folgen lediglich der neuen wirtschaftlichen Organisation, der weltwirtschaftlichen Verkettung, die häufiger als früher Krisen hervorruft, Krisen aber, welche die unleugbaren Fortschritte der Lebenshaltung im ganzen nicht aufzuhalten vermögen. Von Übervölkerung ist Deutschland heute und für absehbare Zeit weit genug entfernt, um sich über diese Gefahr nicht unnütze, rein theoretische Bedenken machen zu müssen. Das ist umsomehr am Platze, als die wirtschaftliche wie auch politische Bedeutung der Volkszahl zunimmt und noch weiter zunehmen muss, je mehr die Kultur Gemeingut aller Erdbewohner wird; vermindert sich doch durch den Aufstieg der bislang auf niederer Stufe stehenden Völker in hohe und höchste Wirtschaftsstufen der Abstand zwischen den Nationen der alten und der jungen Kultur in ständig zunehmendem Masse. Immer mehr gelingt es einstigen Sklavenvölkern, sich in die Reihe der Herrenvölker emporzuschwingen, aus deren wirtschaftlichen Va-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sallen zu gleichberechtigten Konkurrenten zu werden. Nationen und Staaten, an die vor Jahrhunderten, ja vor Jahrzehnten, kaum einer gedacht hat, wenn er von Wirtschaftsproblemen sprach — ich erinnere an die Vereinigten Staaten von Amerika, an Japan usw. —, stehen heute in der ersten Reihe der Kulturträger. Die Unterschiede in der Kulturhöhe, in der Qualität der einzelnen Völker, werden damit immer geringer, und entscheidend für Macht oder Ohnmacht der Volkswirtschaften wird immer mehr neben der Grösse des Gebiets und der Fülle natürlicher Schätze — bedeutsamer als beides — die Quantität, die Volkszahl.

Das grundlegende Element aller Bevölkerungsentwicklung sind die Geburten. Ohne sie wäre eine Bevölkerung überhaupt nicht vorhanden, und wenn sie auch nicht ohne weiteres für das Endergebnis, für die Bilanz des natürlichen Menschenwechsels, massgebend sind, so stellen sie doch nach von Mayrs treffendem Wort Ausdruck und Erfolg des Strebens der Volkskraft nach Erhaltung und Fortpflanzung dar. Die übliche Form zur Darstellung der Geburtenhäufigkeit eines Volkes ist die allgemeine Geburtenziffer, d. h. das Verhältnis der Lebendgeborenen zur Einwohnerzahl. Dank dem schon frühzeitig erwachten Interesse für die Bevölkerungsstatistik ist es möglich, diese Geburtenziffer für fast alle Kulturstaaten Jahr für Jahr bis in die erste Hälfte des 19. Jahrhunderts zurückzuverfolgen. Aus diesem bevölkerungsstatistischen Material, das leider selbst nur in extenso anzuführen hier die Zeit mangelt, ergeben sich dreierlei wichtige Schlussfolgerungen: Erstens zeigt sich, dass die moderne Kulturbewegung allgemein ihre Vermehrungsfähigkeit bei weitem nicht voll ausnutzt; während als physiologisch möglich eine Geburtenziffer von etwa 100 ‰ auch für europäische Verhältnisse nicht zu hoch gegriffen ist, hat sie sich tatsächlich selbst in dem Kulminationspunkte des ganzen Jahrhunderts nirgend über etwa 50 ‰ gestellt. Zweitens lehrt eine internationale Vergleichung der Geburtenziffer desselben Jahres ausserordentlich grosse Verschiedenheiten; die Extreme sind, soweit überhaupt Statistiken vorliegen, für 1908 20 ‰ (Frankreich) und etwa 45 ‰ (Russland); Deutschland steht im Jahrfünftdurchschnitte 1901 bis 1905 (die Statistik des letzten Lustrums ist noch nicht abgeschlossen) unter 22 zu berücksichtigenden Staaten mit 32 ‰ an achter Stelle, übertroffen von Russland, Österreich-Ungarn, Spanien und einigen Balkanstaaten; im Generaldurchschnitt stellt sich die Geburtenziffer Südwesteuropas auf etwa 28, Mittel- und Nordwesteuropas auf etwa 30, Osteuropas auf etwa 45, womit die gewaltige, menschenproduzierende Kraft des Ostens grell hervortritt. Drittens und vor allem lehrt eine historische Vergleichung, dass, während für das Mittelalter und ebenso für das 18. Jahrhundert eine ziemlich gleichblei-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

bende Geburtenquote anzunehmen ist, das 19. und das beginnende 20. Jahrhundert ganz bedeutende Schwankungen gebracht hat. In der ersten Jahrhunderthälfte — zunächst bis 1830 — fällt mit der Wiederkehr gesicherter wirtschaftlicher und politischer Zustände nach den napoleonischen Kriegen eine starke Zunahme der Geburten zusammen; dann zeigt sich vorübergehend in den meisten Staaten ein Sinken, seit Mitte des Jahrhunderts wieder ein Steigen der Kurve, die dann im Jahrzehnt 1871/80, im einzelnen teils auch früher, teils auch später, abbricht, um einem starken, bis jetzt ununterbrochenen Sinken der Geburtenziffer Platz zu machen. Das ist, mit Abweichungen im einzelnen und nur mit ganz verschwindenden Ausnahmen, der typische Verlauf in nahezu allen Kulturstaaten gewesen, und es ist nicht zu viel gesagt, wenn man den modernen Rückgang der Geburtenziffer als den Beginn einer neuen Periode in der Geschichte der zivilisierten Völker bezeichnet, einer Periode, in der bereits manche Soziologen den Anfang vom Ende der davon betroffenen Nationen und damit also auch Volkswirtschaften glauben erkennen zu sollen.

Für Deutschland stellt sich die Sache so, dass auf je 1000 Einwohner jährlich Lebendgeburten entfielen im Durchschnitt der Periode:

1851/60 35,3; 1861/70 37,2; 1871/80 39,1; 1881/90 36,8;
1890/1900 36,1; 1901/1905 34,4; 1906/1908 32,7.

Das letzte Jahr 1909 schloss mit knapp 31 $^0/_{00}$ ab. In Frankreich ist der Geburtenrückgang bekanntlich schon seit Beginn des 19. Jahrhunderts wirksam und bereits seit dessen Mitte Gegenstand öffentlicher Sorge; lange Zeit hindurch sahen die Bevölkerungspolitiker jenseits der Vogesen die „patriotisch-politische“ Angst vor der Erschöpfung der bevölkerungserhaltenden Volkskraft gewissermassen als ihr Monopol an. Seit den 70er Jahren aber ist dieselbe Erscheinung zunächst in den angelsächsischen Ländern (England und Australien), in der allerletzten Zeit aber vor allem in Nord- und Mitteleuropa so wuchtig aufgetreten, dass es auch in Deutschland nicht mehr angeht, sich noch heute mit manchen sonst sehr angesehenen Theoretikern über sie als eine lediglich vorübergehende Erscheinung zu trösten – eine Erscheinung, die „nicht definitiv“ sei und ebensobald einem neuen Ansteigen der Kurve Platz machen könne und werde, als etwa die sinkende Geburtenziffer um die Mitte des 19. Jahrhunderts. Dieser Trost sinkt aber angesichts der handgreiflichen Unterschiede der Sachlage in sich zusammen. Um die Mitte des Jahrhunderts sanken die Geburten, weil unter dem Druck wirtschaftlich ungünstiger Lage die Eheschliessungen sich minderten; trotz Rückgang der Geburten lag also keine Abnahme der ehelichen Fruchtbarkeit vor, und jene stiegen ganz auto-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

matisch mit wieder zunehmenden Heiraten. Die gegenwärtige Entwicklung dagegen ist Hand in Hand mit einem wirtschaftlichen Aufstieg gegangen, wie ihn die Weltgeschichte noch niemals gesehen hat, und ihre Elemente werden klar, wenn die ehelichen Lebendgeburten (die Zahl und Bewegung der Unehelichen fällt für die ganze Frage nur wenig ins Gewicht) ins Verhältnis gesetzt werden zu der Zahl der verheirateten Frauen im gebärfähigen Alter, unter unsern klimatischen Verhältnissen also im Alter von 15—49 Jahren. Bei solcher Berechnung ergibt sich, dass diese „eheliche Fruchtbarkeit" ohne Aufenthalt von Jahrzehnt zu Jahrzehnt gesunken ist: seit der Jahrhundertmitte in Frankreich von 179 auf 134, in Belgien von 276 auf 213; seit den 70er Jahren in Holland von 294 auf 272, in England von 252 auf 203, in Dänemark von 244 auf 217, in Norwegen von 262 auf 247, in Schweden von 240 auf 219, in der Schweiz von 246 auf 225, in Ungarn von 234 auf 215, in Deutschland von 268 auf 243; in Neusüdwales — um das als typisch für das warnende Beispiel Australiens noch zu nennen — binnen zweier Jahrzehnte von 340 auf 227. Diese Zahlen sind schlagend. Das Problem der modernen Geburtenabnahme wird durch sie zum Problem der Abnahme der ehelichen Fruchtbarkeit. Über deren Ursache freilich herrscht in der Literatur keineswegs Übereinstimmung; im Gegenteil haben neuerdings gerade auch in Deutschland die Auseinandersetzungen darüber an Heftigkeit gewonnen.

In Betracht können für den Rückgang der Geburten entweder physiologische, wirtschaftliche oder schliesslich psychologische Ursachen kommen. Bei ihrer Betrachtung und bei jeder Kritik der auf ihnen beruhenden Anschauungen wird man davon ausgehen müssen, dass es sich bei der ganzen Frage nicht darum handelt, den Motiven nachzugehen, die für den Einzelnen massgebend sind für die von ihm gewünschte Kinderzahl — dabei spielen soviel individuelle Verhältnisse und Rücksichten mit, dass ihre Beurteilung sich naturnotwendig dem Aussenstehenden entzieht —, sondern darum, einer für das ganze Volk typischen Erscheinung nachzugehen.

So mögen im einzelnen Falle ungünstige äussere Verhältnisse, so mögen mittelbar oder unmittelbar Erkrankungen der verschiedensten Art, mögen insbesondere die Nachwirkungen von Geschlechts- und Geisteskrankheiten, mag auch der Alkoholismus hie und da Anteil daran haben, dass der Familiennachwuchs ein geringerer wird; für das deutsche Volk als Ganzes ist erwiesen, dass weder gegen früher eine ungünstige Verschiebung hinsichtlich der Altersverhältnisse innerhalb der Nation eingetreten ist, noch dass etwa der Alkoholismus, dass venerische oder Geisteskrankheiten die Gründe dar-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

stellen für den Rückgang der Geburten. Was insbesondere den Alkoholismus anlangt, so ist jedenfalls für die allerletzten Jahre sehr zweifelhaft, ob er überhaupt zugenommen hat oder ob er nicht vielmehr stark im Rückgange begriffen ist, und hinsichtlich der beiden anderen Krankheiten ist eine Zunahme gleichfalls keineswegs klargestellt; sollte man sie für die Geisteskrankheit trotzdem annehmen, so bleibt zu beachten, dass die Zahl der Geisteskranken viel zu klein ist, als dass dadurch im entferntesten jene Verschiebung in der ehelichen Fruchtbarkeit zu erklären wäre, die wir feststellten.

Hinsichtlich der wirtschaftlichen Ursachen für eine Verminderung in den Geburtenziffern hat Malthus bekanntlich einen direkten Parallelismus im ursächlichen Zusammenhange zwischen Wohlstand und Geburten angenommen, und die kurze historische Skizze, die wir uns vergegenwärtigten, zeigt ja auch, dass diese Annahme in früherer Zeit Berechtigung hatte. Heute ist gerade die umgekehrte Theorie im Schwange, und zwar ist sie schon in den 60er Jahren, bezeichnenderweise in Frankreich aufgestellt, dann vielfach rein theoretisch wie auch an Hand statistischer Untersuchungen wieder und wieder begründet und neuerdings in Deutschland mit besonderem Nachdruck von Brentano und seiner Schule vertreten worden. Diese Theorie lautet in der scharfen Pointierung des Münchener Meisters: „Mit zunehmendem Wohlstand nimmt die Geburtenziffer ab, und damit erhält der Rückgang der Geburten die Gloriole einer unabweisbaren Begleiterscheinung hochsteigender Kultur.“ Die darin zum Ausdruck gebrachte Anschauung ist heute weit verbreitet und ziemlich allgemein anerkannt. Trotzdem ist sie in ihrer allgemeinen Fassung irrig, mag auch der umgekehrte Parallelismus zwischen dem Wachstum des Wohlstandes und der neuerlichen Abnahme der Geburten in allen Kulturstaaten in die Augen fallen, und der Schluss aus der Gleichzeitigkeit auf die Ursächlichkeit naheliegen. Wenn die Lehre richtig wäre, so hätte der Bevölkerungspolitiker die schwere Aufgabe, sich darüber zu entscheiden, ob er entweder einen Rückgang der Bevölkerung oder aber einen Rückgang der Kultur herbeizuführen habe; die Entscheidung würde wohl nur dahin gehen müssen, die Hände in den Schoss zu legen und die Entwicklung abzuwarten; der konsequente Vertreter dieser Theorie, Brentano, sieht denn auch schon Deutschland als ein niedergehendes Volk an, dessen Ersetzung durch neue Nationen ihm als ein Gebot der geschichtlichen Gerechtigkeit erscheint.

Dass aber die ganze Lehre unhaltbar ist, beweist zunächst die Geschichte: England hat gerade in der Zeit seines mächtigsten wirtschaftlichen Aufschwungs, der nicht im mindesten weniger ständig, ja alles in allem noch weit stärker war, als die heutige Emporbewegung, anhaltend steigende Fruchtbarkeitsziffern gehabt. Das-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

selbe trifft u. a. für Schweden, wird das ganze Jahrhundert in Betracht gezogen, zu, ferner für Holland in seiner grossen Entfaltungsperiode von 1860—1879 und für Japan, das noch heute bei riesigem Kulturfortschritte sich immer weiter steigender Geburtlichkeit erfreut. Allerdings wird versucht, derlei Hinweise durch die Behauptung zu entkräften, dass die geburtenmindernde Wirkung des Wohlstandes sich erst einstelle, wenn dieser ein bestimmtes Niveau erreicht habe. Damit stimmt aber wieder nicht überein, dass auch in Ländern, deren heutiger Wohlstand sich noch nicht entfernt mit demjenigen Deutschlands in den 70er und 80er Jahren messen kann, die Geburtenziffern stark gesunken sind, und zwar zum Teil, wie z. B. in Australien, schon früher und weit schneller als in Deutschland und andern diesem vergleichbaren Ländern. Das Mass des Wohlstandes kann dafür die Erklärung nicht bieten, ebensowenig wie für die erheblichen Unterschiedlichkeiten im Deutschen Reich, wovon nachstehende Ziffern ein deutliches Bild geben; diese zeigen zugleich, in welcher Weise sich gerade in der Rheinprovinz, im Regierungsbezirk Düsseldorf, in den niederrheinischen Städten und Landkreisen der Geburtenrückgang in den letzten Jahren eingestellt hat.

Auf 1000 Einwohner wurden geboren:

Städte	1900	1901	1902	1903	1904	1905	1906	1907	1908	1909
Düsseldorf	39,84	39,03	38,24	36,93	36,82	36,0	34,7	33,9	32,1	31,5
Cöln	40,30	40,11	38,92	37,58	36,78	36,9	36,6	36,2	34,9	31,2
Crefeld	28,75	29,97	28,80	27,50	26,18	25,6	35,2	23,7	25,5	24,08
Elberfeld	34,60	35,43	32,36	33,17	32,68	31,6	31,4	30,4	28,8	26,9
Barmen	34,32	34,42	32,52	31,89	32,02	31,0	30,1	29,9	28,3	26,5
Landkreise: Düsseldorf	—	—	—	—	—	—	—	36,6	34,6	31,3
Crefeld	—	—	—	—	—	—	—	34,6	33,4	32,0
Reg.-Bez. Düsseldorf .	40,07	—	39,8	39,0	39,1	38,6	38,7	37,9	37,3	35,1
Rheinprovinz	39,0	39,6	38,2	37,6	37,7	36,8	36,7	35,8	35,4	33,5
Preussen	37,5	37,7	36,9	35,8	36,0	34,8	35,1	34,2	34,0	33,0
Deutsches Reich . . .	36,8	36,9	36,2	34,9	35,2	34,0	34,1	33,2	33,0	31,9

Dazu kommt weiter, dass sämtliche Einzeluntersuchungen, welche die „Wohlstandstheorie“ stärken sollen, eingehender Kritik nicht standhalten; im einzelnen fehlt hier die Zeit dies auszuführen, und ich bin deshalb gezwungen, auf meine einschlägigen Darlegungen in meiner demnächst erscheinenden Schrift über die „Bevölkerungsprobleme“ zu verweisen. Die Vertreter jener Theorien haben den ihnen obliegenden Beweis nicht erbracht, und damit entfällt die Erklärung des Geburtenrückganges durch wirtschaftliche Momente, und übrig bleiben nur psychologische Momente, die

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

allerdings in der letzten Zeitepoche vielfach gleichzeitig mit dem Wohlstand an Bedeutung gewonnen haben, an sich aber an Wirksamkeit abnehmen, ganz unabhängig davon, wie der Wohlstand sich entwickelt.

Nicht die Zeugungsfähigkeit hat im Laufe der letzten Jahrzehnte abgenommen, sondern der Zeugungswille, und zwar nicht zuletzt unter dem Einflusse fortschreitender Bequemlichkeit und Genusssucht, des zunehmenden Verfalls alter religiöser Vorstellungen und schliesslich auch fehlerhafte Erziehung, die beim männlichen Geschlecht die Freuden eines gesunden Familienlebens gering achten lässt, im weiblichen aber jene „quälende Furcht vor dem Wochenbett" erzeugt, von der einst Daudet schrieb und von der Roosevelt in Besorgnis um sein eigenes Volk ausrief: „Wehe der Nation, von der man solche Worte zu Recht schreiben kann". Diese Momente sind es, welche in ihrer Totalwirkung die höchste Elterntugend, die Aufopferung für die Kinder sowie — und das ist in diesem Zusammenhange das Entscheidende — die Anstrengung der Nation für ihre Zukunft vermindern. Selbsverständlich sind Fälle denkbar, und auch tatsächlich vorhanden, in denen eine geringere Kinderzahl auch aus wirtschaftlichen Gründen sich rechtfertigt und eine Einschränkung der Geburten bis zum gewissen Grade weder als bedenklich für den Einzelnen noch als gefährlich für die Gesamtheit anzusehen ist; aber ich behaupte, dass der „Geist der Zeit", der sich in den bezeichneten Faktoren wiederspiegelt, den Rückgang der Geburten in den letzten Jahrzehnten weit über dasjenige Mass hat hinausgehen lassen, das sittlich und wirtschaftlich sich irgendwie verantworten lässt; und da solcher „Geist der Zeit" in den Städten, die nach dem Worte eines geistvollen Mannes wie im Guten so auch im Schlechten dem übrigen Lande noch immer voran waren, eine besondere Stätte gefunden hat, so erklärt sich unter diesem Gesichtswinkel auch ohne weiteres, warum gerade in den Städten die Geburten im allgemeinen weniger sind, früher und schneller abgenommen haben als auf dem Lande, wofür auch die von mir mitgeteilten Ziffern einen Beleg bieten.

Aber noch eine Frage bleibt offen: Kommt es nicht weniger auf die Zahl der Geburten als auf die Höhe des Überschusses der Geburten über die Sterbefälle an? Was hätte eine ausserordentlich hohe Geburtenrate für Bedeutung, wenn das Wirken des Würgengels Tod sie völlig ausgleicht? Solche Gedankengänge waren es, die lange Zeit hindurch u. a. auch dem deutschen Geburtenrückgang alle Gefährlichkeit zu nehmen schienen; man glaubte zunächst in ihm einen gesunden Kern zu entdecken, auf den ich in meinen bisherigen Ausführungen schon mehrfach hingewiesen habe, und der in Schmollers berühmten Worten seinen besten Ausdruck gefunden hat: „Es sei

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

vom Standpunkte des einzelnen wie der Gesamtheit, vor Gott und den Menschen verdienstvoller, wohlgefälliger und richtiger, weniger Nachkommen zu zeugen und auf deren Erziehung und Erhaltung grössere Sorgfalt und materielle Opfer zu verwenden, als eine grössere Anzahl einem baldigen Eingehen in erhöhtem Masse auszusetzen". Man führte gleichzeitig mit aller Tatkraft den Kampf gegen die Feinde der Volksgesundheit; die Sterblichkeit sank, und zwar noch stärker als die Geburtenzahl: Steigende Volksvermehrung bei niedriger Geburtenquote, hoher Nutzen bei geringer Kapitalanlage erschien als wertvolle Errungenschaft der neuesten demographischen Entwicklung.

Aber die Rechnung war und ist nicht ganz richtig; gegenüber dem Dithyrambus, den noch Naumann in seiner Neudeutschen Wirtschaftspolitik den „Sieg des Lebens über den Tod" weiht, ernüchtert der Hinweis des rechnenden Bevölkerungsstatistikers Böhmert auf die Wahrheit des alten Sprichwortes: „Gegen den Tod ist kein Kraut gewachsen". Je näher wir einer gewissen Sterblichkeitsziffer kommen, um so geringer muss die Aussicht werden, sie weiter mindern zu können; für das Herabgehen der Geburtlichkeit dagegen besteht, theoretisch wenigstens, überhaupt kein Hindernis, das nicht vom Willen des Menschen hinweggeräumt werden könnte. Gehen also beide Entwicklungen, rückläufige Sterblichkeit und rückgängige Geburtlichkeit, den einmal eingeschlagenen Weg ständig und ungehindert weiter, so muss früher oder später der Punkt erreicht werden, an dem der Geburtenrückgang den Sterblichkeitsrückgang ein- und überholt.

Dieser Punkt ist in Australien erreicht — staatliche Kommissionen beraten den rapiden Rückgang der Volksvermehrung als ein Problem, von dessen glücklicher Lösung es abhängt, „ob dieses Land jemals berufen sein wird, einen Platz unter den grossen Nationen der Erde einzunehmen" (Coghlan); in der nordamerikanischen Union, deren Volkszahl sich in den östlichen Staaten heute schon nur mehr durch Zuwanderung erhöht, hat Roosevelt das Wort vom Rassenselbstmord geprägt, und der letzten britischen Zensus liess deutlich erkennen, dass die Volkszunahme, der England zum grössten Teile seine Weltmachtstellung verdankt, ebenfalls ins Stocken gerät.

Nun ist auch Deutschland so weit und in Gefahr, den alten Ruhm seines unverdorbenen jugendkräftigen Volkstums und seiner frischen nationalwirtschaftlichen Kraft verloren zu gehen. Auf je 1000 Einwohner entfielen im Deutschen Reiche mehr Geborene als Gestorbene im Durchschnitt des Jahrfünfts

1896—1900	14,73
1901—1905	14,45

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

weiter des Jahrvierts 1906—1909: 14,23; für 1910 liegen die entsprechenden Zahlen noch nicht vor; 1909 jedenfalls war die Quote schon auf 13,8 gesunken.

Diese Zahlen sprechen für sich: Die bislang ansteigende Kurve hat ihren Höhepunkt überschritten und geht abwärts. Es mag sein, dass auch die heutige Quote noch recht ansehnlich ist gegenüber anderen benachbarten Ländern: zahlreichen Staaten des Ostens gegenüber ist sie es nicht mehr. Und vor allem: bei unserer Betrachtung kommt es weniger auf den gegenwärtigen Stand als vielmehr auf die Tendenz der Entwicklung an; ist doch, hat sie einmal Platz gegriffen, nicht abzusehen, wann und wo sie Halt machen wird. Wenn darum bei der Veröffentlichung der Hauptergebnisse der Volkszählung von 1910 mannigfach mit einem starken Unterton nationalen Stolzes behauptet worden ist, die volksvermehrende Kraft Deutschlands sei ungebrochen, so trifft dies heute nicht mehr ohne Einschränkung zu, und ein „Caveant consules!“ ist am Platze.

Wie aber ist diese Mahnung zu verwirklichen? Wie kann eine Hemmung des Rückgangs der Geburten als einer das ganze Volk umfassenden Erscheinung herbeigeführt werden? Zur Beantwortung dieser Fragen wird man sich vergegenwärtigen müssen, dass psychologische Momente es sind, die in Betracht kommen. Die Psyche eines Volkes kann aber im wesentlichen nur beeinflusst werden durch die Erziehung. Diese muss in Schule und Haus ihre Aufgabe darin sehen, gegen die allgemeine Geistesstimmung einer Zeit anzukämpfen, die, äusserlich tüchtig und erfolgreich, innerlich an einer Krankheit leidet, die man als Überschätzung des Materiellen und Unterschätzung des Ideellen bezeichnen darf. Derlei Zeitströmungen sind überwindbar. Der Atheismus hat z. B. als guter Ton vor noch nicht allzulanger Zeit in den Kreisen der Bildung und Verbildung geherrscht. Ein kräftiges Suchen nach innerer religiöser Überzeugung hat begonnen, da der Mensch auf die Dauer nicht auf die Befriedigung der Bedürfnisse zu verzichten vermag, die seiner inneren Natur entsprechen. In einer gesunden Reaktion muss auch die Erziehung, vor allem die elterliche, hier eingreifen. Die Aufgabe der Eltern geht dahin, die Söhne so zu halten, dass sie sich nicht Bedürfnisse anerziehen, die das Leben nicht befriedigen kann, ohne dass die Ehe allzulange hinausgeschoben oder lediglich zum Geschäft herabgewürdigt werden muss, dass sie das Glück des Mannes von Jugend an in einem Heim sehen, dass wie ihren Vätern auch ihnen Kraft verleiht für den hochgehenden Lebenskampf, dass sie ihren Stolz und ihre Ehre darin sehen, die Ehe heilig zu halten im wahrsten Sinne des Wortes; die Töchter heisst es so zu erziehen, dass sie einerseits die Augen nicht dem verschliessen, dass etwaige Ehelosigkeit von ihnen eine berufliche Arbeit fordert und diese ihre

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Vorbereitung, dass aber anderseits in ihnen der Sinn geweckt wird für jene Wahrhaftigkeit, der das Mutterglück höher steht als äusserer Schein. Und wenn es einer neomalthusianischen Agitation gelungen ist, vieles von dem zu untergraben, dann wird es doch auch, falls es nur an der rechten Unterstützung aller in Betracht kommenden Faktoren nicht fehlt, möglich sein, demgegenüber eine aufklärende Tätigkeit zu entfalten, die das Volk sich darauf besinnen lässt, was auf dem Spiele steht. Daneben sind auch äussere Massnahmen nicht zu vergessen. So müssen die schamlosen Auswüchse marktschreierischer Reklame für die Mittel zur Verhütung der Konzeption bekämpft werden; wenn beobachtet wird, in welch ungenierter Weise heute die jungen Ehepaare mit Broschüren, in denen der Segen der geringen Kinderzahl aus geschäftlichen Gründen gepriesen wird, in welcher Weise sie mit Katalogen über Gummiwaren u. dgl. überschüttet werden, wie der schwungvolle Handel mit allerlei Mitteln zur Abtreibung und zur Verhütung der Empfängnis sich in aller Öffentlichkeit vollzieht, da muss man doch wünschen, dass im Interesse nicht nur der Volksvermehrung, sondern auch im Interesse des sittlichen Gehalts unseres deutschen Ehelebens energisch dagegen eingeschritten wird. Als geeignetstes Mittel dazu wäre anzusehen: Reichsgesetzliche Überweisung des alleinigen Verkaufsrechts aller derartigen Waren an die Apotheken und damit ihre Entziehung aus dem allgemeinen Verkehr; so lange dies noch nicht angängig ist, Erlass polizeilicher Verordnungen, die jenen erschweren, ferner Verbot der Einfuhr solcher Artikel und strafrechtliche Verfolgung der Verfasser und Verbreiter der erwähnten Schriften, die in falschen Händen unabsehbares Unglück anrichten können.

Schliesslich treten dazu positive Massnahmen, die alle das Ziel haben müssen, eine hohe Kinderzahl weniger als bisher als Last empfinden zu lassen. In Betracht kommt u. a. eine Ausgestaltung unserer Steuergesetzgebung in ganz anderem Massstabe wie bisher und durch alle Steuerklassen hindurch zugunsten kinderreicher Familien; die Ausdehnung der obligatorischen Leistungen der Krankenkassen auf ärztliche Behandlung und Pflege im Wochenbett für die Ehefrauen der Mitglieder, ferner bei Schwangerschaftsbeschwerden; Organisation der Wöchnerinnenpflege als einer Aufgabe sozialer Fürsorge; Schaffung guter und billiger Wohnungen auf gemeinnütziger Grundlage für kinderreiche Familien; Gewährung besonderer Zulagen an kinderreiche Familienväter zum Gehalt und Lohn; Prämiierung kinderreicher Familien aus öffentlichen Geldern u. dgl. m. Das sind im einzelnen kleine Mittel, aber alles in allem können sie sich doch ausgestalten zu einer wirksamen Bevölkerungspolitik, die freilich der Mitwirkung nicht nur der Gemeinde und der Gemeinnützigkeit, sondern auch des Staates bedarf, der bislang kaum die Hand

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gerührt hat in dieser gerade vom Standpunkte der Staatsinteressen so wichtigen Frage.

Und schliesslich kommen als Helfer Ärzte und Hebammen in Betracht. Der Deutsche Hebammenkongress, der vor einigen Wochen in Dresden stattfand, hat erfreulicherweise seinerseits seine Mitwirkung bereits zugesagt, und diese Hilfe ist von grosser Wichtigkeit. Weit bedeutsamer aber noch ist die Stellungnahme der Ärzte, der Berater vor und in der Schwangerschaft, an die sich unzählige Frauen wenden, die empfangen haben, und die sich vor der Empfängnis fürchten. Wie gerade die Ärzte berufen sind, an ihrem Teile dem Fortschreiten des Geburtenrückganges zu steuern, das auszuführen darf ich wohl Berufeneren überlassen; jedenfalls liegt hier Heil oder Unheil zum guten Teil in den Händen des Arztes, und darum sei zum Schluss auch an seinen Patriotismus und an seine Menschenliebe appelliert, in voller Überzeugung von der Wahrheit des Wortes, wie für den Einzelnen, so auch für das Volk: „Unsere Zukunft liegt in unseren Kindern!"

Oberbürgermeister Piecq-M.-Gladbach: Meine Damen und Herren! Wir können dem Herrn Referenten für seine lichtvollen Ausführungen nur den besten Dank sagen, aber trotzdem meine ich, dass er nicht in allem das Rechte getroffen hat. Meiner Ansicht nach hängt doch einmal der Geburtenrückgang mit dem steigenden Wohlstand zusammen, weil nämlich der steigende Wohlstand allerlei trübe Begleiterscheinungen mit sich bringt. Weil er zunächst eine gewisse Verweichlichung und eine Neigung zur Bequemlichkeit erzeugt und infolgedessen beim weiblichen Geschlecht die Unlust, dass es die Geburtensteigerung usw. nicht auf sich nimmt.

Der Wohlstand ist ja gewiss gestiegen, aber wir leben heute doch in einer gewissen Teuerung. Die Teuerung in Verbindung mit den Bestrebungen der Frauenrechtlerinnen sind es aber auch zum grossen Teile, die die Frau von der Ehe abführen. Denken wir dabei schon nur an die grosse Zahl von Mädchen, die als Telephonistinnen angestellt sind, denken wir dann an die immer mehr zunehmende Zahl der jungen Mädchen, die die höheren Töchterschulen besuchen, das Maturum erreichen und dann an die Universität gehen. Alle diese Bestrebungen, die das weibliche Geschlecht dem Manne immer mehr gleich stellen, führen dazu, dass die Heiraten immer seltener werden. Je mehr das junge Mädchen sich selbständig macht und seinen Unterhalt verdient, um so weniger wird es daran denken zur Ehe zu schreiten. Der Geburtenrückgang hängt aber auch zusammen mit dem Rückgang der Ehen und wir können statistisch nachweisen, dass der Rückgang der Ehen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

selbstverständlich auch immer einen Rückgang der Geburten gebracht hat. Nun wird man fragen, wie dem abgeholfen werden kann. Die Mittel sind ja klein, mit denen man sich geholfen hat, nur hatte man in früheren Zeiten mehr Sinn für solche kleinen Mittel. So war es in alter Zeit eine Auszeichnung, wenn eine Familie den siebten Jungen zur Welt brachte, und der König als Pate in das Taufbuch eingetragen wurde. Man bewegte sich damals auf ganz derselben Linie. Heute gilt es hauptsächlich dahin zu wirken, dass wir das, was gesund geboren wird, auch dem Leben erhalten, damit das richtige Verhältnis hergestellt werde. Dazu gehören vor allen Dingen Wöchnerinnenheime, damit die Leute wissen, wo sie unterkommen können. Ferner Einrichtungen, dass die Mutter im eignen Wohnhaus gepflegt wird und ihr über die grossen Kosten der Geburt hinüber geholfen wird, denn auch die Kosten der Entbindung sind erheblich gestiegen. Wir haben ferner Säuglingsheime nötig, vor allen Dingen aber Mütterberatungsstellen, um so mit allen Mitteln auf die Kindererhaltung hinzuarbeiten. Der Rückgang der Säuglingssterblichkeit hat ja in den besseren Kreisen begonnen. Wenn sie die Literatur bekämpfen wollen, so ist das ja ganz schön, aber ob Sie damit viel erreichen, ich glaube es nicht. Sobald nämlich in den untern Volkskreisen eine Frau die Mittel und Wege kennt, die Geburten zu verhindern, dann wissen es auch bald alle. Das liegt im Volke drin, hängt aber auch wie gesagt, mit unserer heutigen Teuerung zusammen. Ich glaube, dass die Zahl der Geburten, der Teuerung entsprechend gesunken ist, weil manche Familie, die früher gut ihr Fleisch kaufen konnte, das heute nicht mehr haben kann und auf Kartoffel und andere Nahrungsmittel angewiesen ist. Wenn dann zwei Kinder vorhanden sind, so ist die Überlegung eine sehr naheliegende — wenn wir nun drei oder vier Kinder bekommen, wo nehmen wir die Mittel her. Das ist mit ein Hauptgrund. Zum Schluss möchte ich noch betonen, dass auch durch die Beschaffung besserer gesunder Wohnungen für den kleinen Mann die Sterblichkeitsziffer der Säuglinge wesentlich herunter gedrückt werden kann.

Königlicher Kreisarzt Dr. Kriege-Barmen: Ich möchte betonen, dass ich vom Standpunkte des Arztes zu demselben Resultat gekommen bin, wie der Herr Vortragende. Zunächst stimme ich mit ihm darin überein, dass nicht die Zahl, sondern die Fruchtbarkeit der Ehen abgenommen hat. Dabei ist aber die Fruchtbarkeit der katholischen Ehen eine bessere, als die der evangelischen. Das beruht wahrscheinlich darauf, dass es von der katholischen Geistlichkeit als eine schwere Sünde hingestellt wird, wenn konzeptionsverhütende Mittel angewandt werden, und dass die Frauen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

sich scheuen, so etwas in der Beichte zu bekennen. Es ist überhaupt nicht die Not, sondern die Bequemlichkeit und die Genusssucht, die die Bevölkerung dahin bringt, die Geburten zu verhindern. Daher verspreche ich mir von richtiger Erziehung und religiöser Beeinflussung am meisten. Nun hat der Herr Referent an uns Ärzte appelliert, dass sie hier ihre Kraft einsetzen möchten, um Besserung zu schaffen. Meines Erachtens sollten die Ärzte vor allem ganz besonders vorsichtig darin sein, konzeptionsverhütende Mittel zu empfehlen. Sie sollten ebenso wie die Hebammen die Frauen darauf aufmerksam machen, dass das Selbststillen ihrer Kinder ein natürliches und wirksames Mittel ist, um eine zu schnelle Aufeinanderfolge der Geburten zu verhindern. Nun die andern Mittel namhaft zu machen, um dem Geburtenrückgang zu steuern, ist ja nicht leicht. Ich habe immer die Tatsache vor Augen, dass man hier auch die Wohnungsfrage hineinzieht. Aber die Fürsorge auf diesem Gebiet kann man nicht für besonders wirksam halten, wenn man bemerkt, dass die ärmsten Familien, die in der grössten Not sind, die meisten Kinder haben. Ferner sind in dem Gesetzentwurf betr. „die Bekämpfung der Missstände im Heilgewerbe“ Massnahmen enthalten, die vielleicht mit einigem Erfolge angewandt werden könnten. Der Entwurf enthält sehr gute Bestimmungen, um der Reklame mit konzeptionsverhütenden Mitteln entgegenzutreten. Auch der Verkehr mit diesen Mitteln kann danach in der Weise beschränkt werden, dass sie nur in den Apotheken auf ärztliches Rezept zu haben sind. Aber es scheint mir wenig Aussicht zu sein, dass diese Bestimmungen Gesetz werden. Endlich möchte nun noch speziell meine Kollegen, die Kreisärzte, auffordern, den strafbaren Abtreibungen nachzugehen. Ich trete jedesmal der Sache näher, wenn auf einer Todesbescheinung, die durch meine Hand geht, eine Diagnose steht, die den Verdacht eines kriminellen Aborts erweckt, z. B. Unterleibsentzündung, „Eitervergiftung im Wochenbett“ oder dgl., ich habe auf diese Weise schon verschiedene Fälle aufgedeckt.

Frau Wilh. Müller-Schmitz-Crefeld: Als Leiterin der Trinkerfürsorgestelle Crefeld möchte ich bemerken:

Durch Bekämpfung der Trunksucht kann sehr vieles für Geburtenzunahme und Erhaltung getan werden, wenn die Trinkerfürsorgestellen mehr Unterstützung bei der Stadtverwaltung und Armenpflege finden; manches Leben könnte erhalten bleiben, welches sonst durch Sorge, Elend und Hunger infolge der Trunksucht des Vaters zu Grunde geht. Die Frau resp. Mutter kann in sehr vielen Fällen nichts dafür, wenn der Mann resp. Vater an Trunksucht leidet. — Unkenntnis und Untüchtigkeit in der Haus-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

haltung von seiten der Frau, hier müssen starke Hebel angesetzt werden, sind oft die Ursache der Trunksucht des Mannes, ferner häufige Trinkgelegenheit durch zu viele Wirtschaften, ebenso mangelnde Aufklärung über die Schädlichkeit des Alkohols, erbliche Veranlagung und unrichtige schlechte Ernährung.

Die Familie eines Trinkers muss sich viele Entbehrungen auferlegen und durch die Sorge für Nahrung, Kleidung und Wohnung fürchtet die Frau Familienzuwachs, da sie dadurch doppelt der Not ausgesetzt wird. Tritt in solchen Fällen die Armenverwaltung unterstützend für die Frau und Kinder ein, so ist manches Leben zu erhalten, mancher Trinker wird in der Öffentlichkeit bekannt, und die Frau fürchtet nicht Familienzuwachs, da die Mütter in diesen Kreisen, sofern sie das Nötigste für Lebensunterhalt haben, sich immer noch einer grossen Kinderschar freuen; wohingegen, wenn der Mann ein Trinker ist und die Armenpflege sich ablehnend verhält, Kinderzuwachs fürchten, da die Mutter dann ausserstande ist, das Nötigste für den Unterhalt ihrer Familie durch Arbeit beizusteuern.

Wie viele Kräfte gehen dem Vaterlande infolge von Trunksucht verloren, wie viele Trinker füllen Krankenhäuser, Irrenanstalten und Gefängnisse und legen Stadt und Staat dadurch grosse Opfer auf!

Prof. Dr. Pröbsting-Cöln: Im Anschluss an die Bemerkung des Herrn Kollegen Kriege möchte ich für das religiöse Moment noch einen kleinen Beitrag geben.

Es dürfte Ihnen vielleicht bekannt sein, dass der Rückgang der Geburten bei den Juden ganz ausserordentlich stark ist. Schon vor etwa 10 Jahren hat A. Ruppin in den Conradschen Jahrbüchern für Nationalökonomie und Statistik darauf hingewiesen. Während im Durchschnitt der Jahre 1820—1866 auf 1000 Juden jährlich 37,70 Geburten und in den Jahren 1878/82 jährlich noch 30,32 Geburten kamen, ist die Ziffer im Jahrfünft 1893/97 auf 22,5 zurückgegangen, wogegen sie bei den Christen 38,15 betrug. Heute beträgt die Geburtsziffer bei den Juden etwa 17 auf 1000 und sinkt immer mehr. Dieser ganz ausserordentlich ungünstigen Geburtsziffer steht freilich eine sehr günstige Sterbeziffer gegenüber, was ja leicht erklärlich ist, da für die Sterblichkeitsziffer die Säuglingssterblichkeit das wichtigste Moment bildet. Was ist nun der Grund für dieses ganz rapide Sinken der Geburtsziffer? Zunächst würde man wohl an Inzucht denken. Das kann aber nicht der Grund sein, denn diese hat sicher früher viel intensiver wirken müssen, und macht es durchaus nicht erklärlich, dass etwa bis 1870 die Geburtsziffer

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

ziemlich konstant geblieben und von da ständig und stark gesunken ist.

Neuerdings sind nun zwei grössere Arbeiten über diesen Gegenstand erschienen und in einer dieser Arbeiten wird auch ausdrücklich auf das religiöse Moment hingewiesen. Es wird behauptet, dass mit dem Eindringen von freieren Ideen in das Judentum die Geburtsziffer immer mehr zurückgegangen sei; die Ausserachtlassung des göttlichen Gebotes: „Wachset und mehret euch" sei der Grund für die Abnahme der Geburten.

Geh. Med.-Rat Dr. Borntäger-Düsseldorf: Vom Standpunkte der Kgl. Regierung habe ich zunächst meiner hohen Anerkennung Ausdruck zu geben für das ausgezeichnete Geschick, mit dem der Referent sein Thema behandelt hat. Die Sache kann überhaupt nicht ernst genug genommen werden. Der Geburtenrückgang bedeutet für jedes Volk eine grosse Gefahr und besonders für uns in Deutschland. Das römische Reich ist an Geburtenrückgang zu Grunde gegangen, und mit den Griechen war es nicht anders, und man kann ruhig sagen: es macht sich schon recht empfindsam bemerkbar, wie er auch auf die Franzosen wirkt. Die Bevölkerung des deutschen Reiches hat sich seit 1870 mehr als verdoppelt. Die tatsächliche Zunahme in 30 Jahren beträgt 64%, und Frankreich hat bis jetzt nichts weiter vor sich gebracht, als den Ersatz des Bevölkerungsverlustes durch die Gebietsabtretung 1870, also etwa $1^1/_2$ Million Geburtenüberschuss in 30 Jahren. Und wie hat diese Tatsache auf Frankreich eingewirkt, wie hat diese Erscheinung auf das öffentliche Leben Frankreichs beeinflusst! Ob wir wohl nach Agadir hätten gehen dürfen, wenn Frankreich sich gleich uns vermehrt hätte?

Die Steigerung der Geburtsziffer ist also eines der grössten Probleme, das für uns besteht. Ich darf wohl kurz daran erinnern, wie die Vermehrung sich im allgemeinen bis jetzt auf der Erde entwickelt. Die schwarze Rasse verdoppelt sich in 40 Jahren, die gelbe Rasse in 60 Jahren und die weisse Rasse erst in 80 Jahren. Diese wenigen Zahlen zeigen zur Genüge, dass das numerische Verhältnis der weissen Rasse sich recht ungünstig gestaltet und, wenn keine Änderung eintritt, andauernd verschlechtern wird. Wenn das so weiter geht, dann werden die farbigen Nationen uns gegenüber bald das Übergewicht erlangen, und die Farben Schwarz-Weiss-Rot werden nicht mehr im richtigen Verhältnis stehen. Dazu kommt dann auch noch, dass uns eine ganz erhebliche Gefahr vom Osten her droht, und dass wir Deutsche in der Mitte Europas liegen. Es kann also nicht genügend hervorgehoben werden, dass durch

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die Beschränkung der Kinderzahl mit der Zeit das Reich in Gefahr gebracht wird.

Wenn wir nun heute von einem Geburtenrückgang sprechen, so ist das nicht etwa ein natürlicher Zustand, sondern ein gewollter. Wir müssen also sprechen von einer Geburtenverhinderung. Durch zahlreiche Gerichtsverhandlungen, durch Zeitungsartikel, namentlich sozialdemokratische, wird es immer wieder dargetan, dass der Zustand ein gewollter ist. Fragen Sie nur die Frauenärzte! Es ist erstaunlich, wie hier vorgegangen wird. Dass gerade die Ehen aus den besten Kreisen nicht nur die Geburten verhüten, sondern anscheinend gelegentlich auch das keimende Leben vernichtet wissen wollen, lediglich, weil sie eine Reise, eine Saison mitmachen wollen und einer Dame die Schwangerschaft dabei nicht passt, dass werden Sie hören. Ich habe auch eine Reihe von Akten gesehen über Fälle, in denen derartige Leute, hier allerdings einfacherer Art, vor Gericht gekommen waren. Wenn sie dann gefragt wurden: Ja, weshalb haben Sie das getan? Dann kam so etwa die Antwort: Wir haben schon zwei oder drei Kinder, was sollen wir mit noch mehr tun?

Es wird nun gewöhnlich angeführt, es spreche doch so manches dafür, die Geburtenziffer zu beschränken. So hört man vielfach: je weniger Kinder, desto gesünder sind sie, desto besser kommen sie fort. Das sind leere Redewendungen, die durch nichts bewiesen sind, das Gegenteil ist tatsächlich der Fall. Legen wir die Feststellungen bezüglich der Militärtauglichkeit zu Grunde, so finden wir, dass in denjenigen Bezirken, besonders in den grossen Städten, in denen die Geburten so rapide zurückgegangen sind, auch die Militärtauglichkeit stark abgenommen hat. Die Militärtauglichkeit beträgt hier etwa 40 – 45 %, aber in Posen, Pommern und Westpreussen, wo die Familien aber gewöhnlich 7—8 Kinder haben, da ist es weit besser, da steigt der Prozentsatz auf 60—65 %. Es soll auch festgestellt sein, dass die Erstgeborenen wie auch die Letztgeborenen körperlich und geistig am wenigsten taugen. Nun, dann müssten Ein- und Zweikinder gewiss nichts wert sein.

Natürlich ist es selbstverständlich, dass, wo mehr Kinder sind, auch mehr Kinder erkranken, und wo mehr Krankheiten sind, da gehen auch mehr zu Grunde, ebenso wie in Preussen mehr Menschen sterben wie in Montenegro. Aber eine Familie, die von 8 Kindern dem Staate 6 aufzieht, leistet immer noch viel mehr, als eine, die es überhaupt nur zu einem oder zwei Kindern bringt. Und dass die Kinder aus kinderarmen Familien besser fortkommen, als solche aus kinderreichen, ist auch nicht richtig. Denken Sie nur daran, wie viele tüchtige Männer bereits aus Pastorenfamilien gekommen sind, die nicht kinderarm zu sein pflegen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Wenn kinderreiche Familien not leiden, so kommt es doch nur darauf an, wie man den Familien, wo die Kinder hungern, helfen kann. Aber das Radikalmittel vorzuschlagen und die Geburten überhaupt zu verhüten, das ist doch ganz verkehrt.

Ich muss schliessen, da meine Zeit um ist. Ich kann meine Ausführungen nur damit beenden, dass ich Sie bitte, sich durch entgegenstehende Ausführungen nicht irre machen zu lassen. Es handelt sich hier um ein ganz aussergewöhnlich wichtiges Problem, und es kommt darauf an, das Unnatürliche nicht zum Natürlichen zu machen. Es gilt ein Mittel zu finden, dass das alte Wort wieder zu Ehren kommt: „Viele Kinder, reicher Segen". (Lebhafter Beifall).

Prof. Dr. Kruse-Bonn: Ich ersehe aus der Tagesordnung, dass nur ein Referent für die Sache vorgesehen ist. Es hätte sich vielleicht bewährt, ausser dem einzigen Referenten noch einen Korreferenten zu bestimmen. Die Frage ist doch ungewöhnlich wichtig.

Es ist eben der militärische Gesichtspunkt in den Vordergrund gerückt worden, und wurden aus diesem Grunde alle Mittel zur Verhütung der Geburten verworfen. Das geht aber nicht an. Wir können doch unser ganzes Volks- und Wirtschaftsleben nicht nach der Forderung zuschneiden, der Kriegsminister gebrauche so viel Soldaten wie möglich. Stehen wir doch gegenüber unseren Hauptwettbewerbern, den westlichen Völkern, noch recht gut da.

Es kommen dann die volkswirtschaftlichen Gesichtspunkte, die von dem Herrn Berichterstatter am ausführlichsten behandelt wurden. Aus ihnen soll mit zwingender Notwendigkeit die Forderung möglichst grosser Fruchtbarkeit folgen. Ich möchte hier aber doch eine gewisse Einschränkung machen. Wie war es denn in den achtziger Jahren, als wir eine überaus hohe Geburtenzahl hatten? Wo blieb der daraus entspringende Überfluss an Menschen? Er ging ins Ausland und war damit unserem Volke verloren.

Dann kommt das privatwirtschaftliche Moment. Es ist mir unbegreiflich, dass die Ausführungen des Referenten hier unwidersprochen geblieben sind. Sie werden mir doch darin Recht geben müssen, dass der Grundsatz jedes vernünftig denkenden Mannes — ich nehme keinen der Anwesenden aus — der ist, nicht mehr Kinder in die Welt zu setzen, als man nach seinen Verhältnissen erziehen kann. Nur darum darf man streiten, bei welcher Kinderzahl man die Grenze zu ziehen hat. Ich persönlich bin der Ansicht, dass man drei Kinder als das mindeste verlangen sollte. Wohin hat denn schon im alten Rom die Sorglosigkeit des niederen Volks im Kindererzeugen geführt? Zum Proletariertum! Woher haben die Proletarier ihren Namen? Daher, dass sie nichts

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

weiter konnten, als Kinder zu produzieren. Wenn da ein Riegel vorgeschoben, wenn gerade auch in den ärmeren Kreisen etwas mehr Vorsicht geübt wird, wie es jetzt in der Tat der Fall zu sein scheint, so sehe ich nicht ein, weshalb das schädlich oder auch unmoralisch sein soll.

Damit komme ich zum vierten, dem moralischen Gesichtspunkt. Die Moral und die Ansichten über Moral wechseln. Darüber lässt sich natürlich nicht streiten, dass die Anwendung von Abortivmitteln unmoralisch ist. Das Gesetz verbietet es ausserdem auch. Dann wurde eben in die Erörterung die Behauptung hineingeworfen, dass die religiöse Frage eine bedeutende Rolle spiele, und die katholische Kirche die Einschränkung der Geburten wirksam bekämpfe. Das stimmt im allgemeinen sicher nicht. Sehen Sie sich doch Frankreich an, das ist fast ganz katholisch und hat seit einem halben Jahrhundert die niedrigste Geburtenzahl. Ich muss also auch hier leider widersprechen, wenn es auch gegenwärtig bei uns hier und da so scheint, als ob die katholische Kirche einen gewissen heilsamen Druck ausübe.

Besonders aber möchte ich auch den hygienischen Gesichtspunkt hervorheben, der bisher sehr zu kurz gekommen ist. Es macht sich überall bemerkbar, dass mit der steigenden Kinderzahl die Sterblichkeit nicht nur absolut, sondern auch relativ steigt und umgekehrt. Es steht fest, dass die Säuglingssterblichkeit gerade in der letzten Periode, wo die Abnahme der Geburten so erheblich war, eine Abnahme erfahren hat, wie sie bisher noch nicht dagewesen ist. Mag gewiss die niedere Sommer-Temperatur der letzten Jahre und der Fortschritt der Säuglingsfürsorge mitgeholfen haben, aber der springende Punkt bleibt doch wohl das Sinken der Geburtsziffer. So ist es sicher kein Zufall, dass Hessen, Hannover und Schleswig-Holstein, diejenigen preussischen Provinzen, die die niedrigsten Geburtenzahlen aufweisen, auch die niedrigste Säuglingssterblichkeit haben. Berlin ist im Laufe von 3 Jahrzehnten mit den Geburten um die Hälfte heruntergegangen, dabei zeigt sich ein fast noch grösserer Rückgang der Kindersterblichkeit. Dieselbe Tatsache ist auch in anderen Ländern, so namentlich im Königreich Sachsen, beobachtet worden.

Es ist also doch nicht alles gefährlicher Schatten, was hier so dunkel gemalt wird. Das Übergewicht der anderen Staaten ist auch nicht so tragisch zu nehmen, wie es eben hingestellt wurde. Bloss von Russland werden wir eigentlich übertroffen. Aber niemand wird trotzdem russische Zustände herbeiwünschen. Überhaupt wird die östliche Gefahr stark überschätzt. Nehmen wir Japan, das jetzt mächtig aufstrebende Reich im Osten, das auch auf einer höheren Kulturstufe bereits angekommen ist, das hat genau die-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

selbe Geburtenziffer wie wir sie jetzt in Deutschland haben, nämlich 30—32%.

Es kämen dann noch etwaige Abwehrmassregeln in Frage. Da bin ich selbstredend mit den strengsten Massnahmen gegenüber der Fruchtabtreibung einverstanden. Aber ich glaube, dass mit diesen und anderen vorgeschlagenen Mitteln gegen die Abnahme der Geburten nicht viel auszurichten ist. Wer sich mit der Frage genau beschäftigt hat, der weiss, dass man in Frankreich seit Jahrzehnten durch Gesetze, Vereine usw. einzugreifen versucht hat, tatsächlich aber nichts erreicht hat. Es ist das ein nach manchen Richtungen hin unerfreulicher Zustand, aber ich fürchte, er liegt in der natürlichen Entwicklung der Verhältnisse begründet. Im Übrigen kann ich die ganze Frage hier nicht erschöpfend behandeln. So habe ich z. B. ihre rassenhygienische Seite noch gar nicht erwähnt. Ich habe mich nur erhoben, um auch der gegnerischen Seite Gehör zu verschaffen (Beifall).

Geh. Med.-Rat Dr. Bornträger-Düsseldorf: Wenn viele Leute von dem Ansehen des Herrn Prof. Kruse auf seinem Standpunkte stehen, ja meine Herren, das gibt zu denken, dann werden wir mit unsern Massnahmen allerdings nicht leicht weiter kommen. Herr Prof. Kruse zieht alles mögliche, was wir für praktisch halten und unterstützen, in Frage: den Wert der Militärtauglichkeit, die Säuglingsfürsorge, die Bedeutung des Kinderreichtums, und erklärt so etwa diejenigen, die es zu mehr als drei Kinder in ihren Ehen kommen lassen, für nicht eigentlich wirtschaftlich vernünftig und weitblickend. Dann basiert also das Fortkommen des Deutschen Reiches in der Folge auf diesen Unvernünftigen! Mögen sich die kinderreichen Eltern für dies Lob bedanken! Der Geschlechtstrieb ist in die Menschen gelegt, um das Menschengeschlecht zu erhalten. Glauben Sie wirklich, dass es auf die Dauer von Segen sein kann, den Geschlechtstrieb zu befriedigen, die natürlichen Folgen aber künstlich zu verhüten? Glauben Sie, dass Eltern, die so leben, sittsame Töchter und charaktervolle Söhne erziehen werden? Das Ganze ist Unnatur, und Unnatur führt immer zum Untergang, im Kleinen wie im Grossen.

Ich weiss sehr wohl, was man alles vom hygienischen, wirtschaftlichen, sozialen und rassenhygienischen Standpunkt zugunsten der Kinderbeschränkung ausgeklügelt hat; aber alles Klügeln und Berechnen zerschellt an der Tatsache, dass das Weib zum Gebären von mehr als zwei bis drei Kindern geschaffen und ausgerüstet ist, und die Männer aus der Praxis hier werden sich hoffentlich in ihren natürlichen Anschauungen durch die nur scheinbar klugen entgegenstehenden Lehren nicht beirren lassen.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Herr Professor Kruse meint, es sei nicht richtig, zu sagen, dass die Sterblichkeit in kinderreichen Familien nicht grösser sei, als in andern. Ich vermisse bis jetzt einen Nachweis für seine Behauptung. Es kommt eben darauf an, wie man rechnet, und es würde immer noch die Tatsache bestehen bleiben, dass, wenn von zehn Kindern drei sterben, doch immer sieben vorhanden bleiben, während einkindrige Familien eben nur ein Kind haben und grossziehen können. Und wenn tatsächlich die Eltern in irgend einer Weise gehindert sind, für das leibliche und geistige Wohl ihrer Kinder genügend zu sorgen, so muss eben die Fürsorgetätigkeit auf allen Gebieten immer weiter ausgebildet werden, um hier helfend einzugreifen. Ich meine, wir müssen mit aller Energie und möglichster Geschlossenheit vorgehen, um wieder dahin zu wirken, dass der Kindersegen zu Ehren kommt. (Lebhafter Beifall.)

Prof. Dr. Kruse-Bonn: Ich bemerke, dass der Herr Vorredner die Majorität für sich hat, aber das entscheidet bekanntlich noch nicht über die Richtigkeit seiner Ansicht. Ich halte sie in jeder Beziehung aufrecht. Es ist aus erklärlichen Gründen nicht so ganz leicht, über solche Fragen zu debattieren. Aber ich meine, wir sind hier in einer Versammlung von Leuten, die die Sache von allen Seiten ruhig erwägen und nicht einseitig beurteilen sollen.

Beigeordneter Dr. Most-Düsseldorf: Die Diskussion gibt keinen Anlass, meine Ausführungen abzuschwächen, und es ist selbstverständlich, dass ich meine Zahlen aufrecht halte. Meine hinsichtlich des deutschen Bevölkerungsüberschusses gebrachten Daten finden Sie in den amtlichen Publikationen, und was Japan anlangt, so mag zutreffend sein, dass in Japan der Geburtenüberschuss ebenso hoch ist, wie in Deutschland; das besagt aber nichts für die dort obwaltende Tendenz der Entwicklung. Wenn ein Diskussionsredner die Richtigkeit einer von mir angeführten Tatsache bestreiten will, dann muss ich vor weiterem bitten, mir die Unterlagen für seine Behauptung zur Verfügung zu stellen.

Es ist weiter mir natürlich bekannt, dass der Wunsch der Geburtenminderung in den verschiedensten Kreisen der Bevölkerung besteht, und ich bin auch kein so weltfremder Mensch, um nicht zu wissen, dass bei manchen, ja sogar bei, absolut genommen, vielen Menschen ein berechtigter Grund vorliegt, die Geburten bis zu einem gewissen Grade einzuschränken. Die Streitfrage liegt eben gerade darin, wo dieser „gewisse Grad“ beginnt, unsittlich und gefährlich zu werden. Was ich behaupte, ist, dass der Geist unserer Zeit, den ich schilderte, die Geburteneinschränkung weit über das in

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Einzelfällen berechtigte Mass hinausgeführt hat, so sehr, dass es zu einem Problem unserer nationalen Existenz geworden ist. Aber das ist es ja gerade, wo liegt hier die Grenze, es ist hohe Zeit, hier einzuschreiten, ehe eine nationale Frage daraus entsteht.

Der weiter von anderer Seite geäusserten Auffassung stimme ich zu, dass man die Säuglinge hüten und pflegen muss, aber ich sehe nicht ein, weshalb man das eine tun und dann das andere lassen soll. Einerseits heisst es dafür zu sorgen, dass möglichst viel Leben erhalten, anderseits aber und in erster Linie, dass möglichst viel Leben geschaffen wird. Es ist irrig anzunehmen, dass eines das andere ausschliesse; die vorgebrachten Beispiele beweisen insbesondere nach dieser Richtung garnichts. Dass Hessen und Schleswig-Holstein eine geringe Säuglingssterblichkeit haben, liegt nicht etwa in ihrer Geburtenquote, sondern in ihren wirtschaftlich-sozialen Verhältnissen begründet, und dass die Säuglingssterblichkeit in Berlin so erheblich zurückgegangen ist, ist ein Ergebnis, nicht des Geburtenrückganges, wie gemeinhin bekannt, sondern des gerade in den Grossstädten besonders intensiven Kampfes gegen die Säuglingssterblichkeit. Gerade Berlin, dessen Geburtenüberschuss trotzdem bedenklich sinkt, ist ein lebendiges Beispiel für die Wichtigkeit des Gegenstandes unserer heutigen Verhandlungen, und die lebhafte Diskussion hat in Angriff und Verteidigung jedenfalls zur Genüge gezeigt, dass es sich um eine Angelegenheit von höchster Bedeutung handelt, die der Patriot und der Politiker, die der Verwaltungsbeamte und der Arzt nicht aus den Augen verlieren darf.

Besichtigung der Reinigungsanlage der Stadtkanalwässer.

Bei den zum Schluss der Tagung vorgesehenen Besichtigungen hatte sich eine besonders grosse Anzahl von Herren zum Besuch der Reinigungsanlage der städtischen Kanalwässer eingezeichnet. Die Führung hatte Herr Stadtbaumeister Dr.-Ing. Krawinkel in liebenswürdiger Weise übernommen.

Nach den Erläuterungen wurde mit dem planmässigen Ausbau der Krefelder Kanalisation im Jahre 1874 zunächst durch Herstellung eines 6 km langen Auslasskanals zum Rhein begonnen; heute besteht das Kanalnetz aus 132 km Mauer- und Rohrkanälen für eine Bevölkerung von 130000 Menschen.

Das Entwässerungsgebiet der Stadt ist eingeteilt in ein Hochgebiet, umfassend die Altstadt und die eingemeindeten Stadtteile Bockum und Oppum und in ein Tiefgebiet, enthaltend den Rheinhafen und den Stadtteil Linn. Bis zum Jahre 1910 wurden der Kanalisation nur die Regen- und Hausabwässer zugeführt, nach der Fertigstellung der Reinigungsanlage im Sommer 1910 wurde auch

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

die Einführung der menschlichen und tierischen Auswurfstoffe zugelassen. Von dieser Erlaubnis haben in den verflossenen $1^1/_2$ Jahren bereits mehr als 3000 von 10000 an die Kanalisation angeschlossenen Häusern Gebrauch gemacht.

Die Reinigungsanlage liegt weit entfernt von bebauten Stadtteilen an der östlichen Grenze von Krefeld. Es werden darin die sämtlichen Kanalwässer der Stadt einem Reinigungsprozess unterworfen, indem sie zunächst in einem Sandfang von den Sinkstoffen und sodann in einer offenen Kanalrinne mittels Hamburger Rechen von denjenigen Schwimmstoffen befreit werden, die grösser sind als 5 mm.

Der tägliche Anfall an Schmutzstoffen beträgt zwischen 8 und 30 cbm in wassersattem Zustand. Die grössten Mengen werden angeschwemmt, wenn die in längerer Trockenperiode in den Kanälen entstandenen Ablagerungen durch starke Regenniederschläge zum Abfluss gelangen. Die Rückstände des Sandfanges und der Rechen werden landwirtschaftlich verwertet. Die Anlage ist vorläufig mit zwei Sandfängen und zwei Rechen ausgestattet, die abwechselnd Tag und Nacht in Betrieb gesetzt werden, für einen dritten Sandfang und Rechen ist ein Platz vorgesehen.

Die täglich zu bewältigenden Abwassermengen betragen 50—60000 cbm. Die städtische Wasserleitung liefert hierzu durchschnittlich etwa 15000 cbm, die in Krefeld heimische Seidenindustrie verbraucht indes in ihren Färbereien ungleich grössere Wassermengen, die sie eigenen Brunnen entnimmt. Feststellungen in dieser Richtung haben ergeben, dass täglich 35—45000 cbm den ausserordentlich grossen Grundwasservorräten entnommen und in fast reinem Zustand den Kanälen zugeführt werden. Der die Reinigungsanlage mit dem Rhein verbindende Auslasskanal ist 2 km lang, seine Ausmündung liegt in der Sohle des Rheins, an deren tiefster Stelle unterhalb Uerdingen und etwa 21 km unterhalb Düsseldorf.

In Verbindung mit der Reinigungsanlage steht eine Pumpanlage, in der bei hohem Rheinwasserstand die aus dem Tiefgebiet zusammenfliessenden Abwässer, nachdem sie in der Reinigungsanlage gereinigt worden sind, mittels zwei elektrisch betriebener Zentrifugal-Pumpen von 6 bzw. 20 cbm minutlicher Leistung in den Auslasskanal befördert werden.

Die bei hohem Rheinwasserstand aus dem Hochgebiet abfliessenden Schmutzwässer, werden unter Umgehung der Reinigungsanlage direkt dem Auslasskanal zugeführt.

Die Reinigungsanlage ist hoch und luftig gebaut, sie ist überdies noch mit besonderen Entlüftungseinrichtungen versehen, die den Aufenthalt in ihr auch an heissen Sommertagen erträglich

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

machen sollen. Diese Absicht scheint auch erreicht zu sein, bei der Besichtigung war über einen üblen Geruch nicht zu klagen.

Die Baukosten der Reinigungsanlage betrugen rund 230000 M., die jährlichen Betriebskosten belaufen sich auf 6500 M., es entfallen davon auf den Kopf der Bevölkerung 5 Pf.

Die Anlage hat sich bisher in jeder Beziehung bewährt und wird auf lange Zeit hinaus allen Ansprüchen genügen.

Zum Schluss sei allen, die sich um das Zustandekommen der schönen Veranstaltung verdient gemacht haben auch an dieser Stelle nochmals herzlicher Dank ausgesprochen. Besonderen Dank aber noch der Stadt Krefeld und deren Oberbürgermeister Herrn Dr. Johannsen für die äusserst liebenswürdige Aufnahme, die der Verein in den gastlichen Mauern der Stadt gefunden hat.

Literaturbericht.

Neumann, Handbuch der Volksgesundheitspflege. [Ein kurzgefasster Wegweiser für das Volkswohl.] (München 1911. Verlag der Ärztlichen Rundschau [Otto Gmelin]).

Es ist ein erfreuliches Zeichen des wachsenden Verständnisses für die Bedeutung der Aufklärung des Volkes in medizinischen Dingen, dass kaum eine Woche vergeht, in der nicht aus der Feder eines „Schulmediziners“ eine populär-medizinische Abhandlung erscheint.

Das vorliegende, von einem Militärarzt geschriebene Büchlein will dem Leser zeigen, wie die von der Wissenschaft gefundenen Tatsachen und Gesetze nutzbar gemacht werden können und sollen für das Wohl des Einzelnen und des Staates, es will zeigen, wie auf der Volksgesundheitspflege Glanz und Grösse der Nation beruht, wie der Einzelne durch vernünftige körperliche und geistige Diät sich die Arbeitsfreudigkeit gewinnen und bewahren kann, durch die allein jeder Fortschritt im Leben des Einzelnen und der Nation ermöglicht wird.

Ein erfrischender Optimismus spricht aus jeder Seite dieses Buches, das sicher seinem eben skizzierten Zwecke gerecht werden dürfte. Laspeyres.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Liebetrau, Über Hygiene auf dem Lande. (Soz. Medizin u. Hygiene, Bd. V, Nr. 11/12.)

Die Arbeit verdankt ihren Ursprung einem von dem Autor (kgl. Kreisarzt in Recklinghausen) in der landwirtschaftlichen Lehranstalt Hagen gehaltenen Vortrag. Der Verf. behandelt die hygienischen Verhältnisse auf dem Lande, ausgehend von der statistisch festgestellten Tatsache, dass hier die Sterblichkeit zurzeit höher ist, als in den Städten, während früher die Verhältnisse umgekehrt lagen; ein Zeichen, dass in hygienischer Beziehung auf dem Lande noch viele Missstände bestehen. Zunächst werden diese bei den ländlichen Wohnungen nachgewiesen, die in bezug auf Licht, Luft, Trockenheit viel zu wünschen übrig lassen. Hier muss durch Wohnungs- und Baugesetze, durch Förderung des Baues einwandfreier Häuser (gemeinnützige Baugesellschaften) Abhilfe geschaffen werden. Nicht minder wichtig ist die Beseitigung der Abfallstoffe und die Versorgung der Ansiedelungen mit gesundem Wasser, die vielfach noch sehr im argen liegen und zahlreiche Opfer an Typhus und anderen ansteckenden Krankheiten fordern.

Sehr bedauerlich ist die zum Teil schlechte Ernährung der ländlichen Bevölkerung infolge des Verkaufes der landwirtschaftlichen Produkte und Ersatzes derselben für den eigenen Verbrauch durch minderwertige Surrogate (Milch ist vielfach ein Luxusartikel, selbst für die Säuglinge), sowie der Missbrauch geistiger Getränke, selbst von seiten der Schulkinder, wenigstens in vielen Gegenden.

Die Jugend ist weiterhin noch durch die oft sehr ungesunden Schulräume gefährdet. Für die Erkrankten fehlt es auf dem Lande häufig an Ärzten, Krankenhäusern. Dazu kommen Missbräuche, die Vorliebe für Kurpfuscher, Leichenschmause usw., die zu gesundheitlichen Schädigungen der ländlichen Bevölkerung Veranlassung geben können. Laspeyres.

Takaki, Die hygienischen Verhältnisse der Insel Formosa. (Dresden 1911. C. C. Meinhold & Söhne.)

Um auch weiteren Kreisen eine zutreffende Vorstellung von den gesundheitlichen Verhältnissen der Inselgruppe Formosa zu ermöglichen, hat das Generalgouvernement Formosa diese Schrift aus Anlass der Internationalen Hygiene-Ausstellung in Dresden in deutscher Sprache herausgegeben. Die Bearbeitung erfolgte durch den Vertreter Japans bei dieser Ausstellung, Prof. Dr. Takaki, Chef des Sanitätsbureaus, Direktor der medizinischen Schule und des Instituts für experimentelle Forschungen zu Taihoku.

Die Japaner haben in Bezug auf sanitäre und hygienische Massnahmen und Einrichtungen auf dieser seit dem Jahre 1895 zu Japan gehörenden Insel ausserordentlich viel getan und erreicht.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Während früher die Insel von verheerenden Krankheiten, wie Pest, Malaria und anderen, dauernd heimgesucht wurde, und z. B. an Pest noch im Jahre 1901 4496, im Jahre 1904 4500 Personen erkrankten, gelang es in den folgenden Jahren den gemeinsamen Bemühungen der Behörden und des Volkes, die Kraft der Seuche zu brechen, so dass im Jahre 1910 nur noch 19 Erkrankungsfälle an Pest auf Formosa zu verzeichnen waren. Die Malaria war von jeher auf der Insel stark verbreitet; von ihr hatten namentlich die Japaner als Neuankömmlinge stark zu leiden. Durch Verbesserung der Wohnungsverhältnisse und der Durchführung der Häuser- und Strassenreinigung, die unter der Aufsicht von Polizeibeamten vor sich ging und auch jetzt noch stattfindet, treten jetzt Massenerkrankungen an Malaria im westlichen Flachlande nur noch selten auf; aus verschiedenen Städten ist sie gänzlich verschwunden. Nur an der Ostküste und auf den Vorhöhen der Gebirgsketten wütet sie noch weiter. Das Werk gibt Kunde von den geographischen Verhältnissen des Landes, vom Klima, von der Bevölkerung, den Organen der öffentlichen Gesundheitspflege, dem Quarantänewesen, dem neugegründeten Institut für experimentelle Forschungen in der Hauptstadt des Landes, der ebenfalls neugegründeten medizinischen Schule daselbst, von den neuerrichteten Hospitälern, den Ärzten, Hebammen und Krankenpflegerinnen, dem Apotheker- und Arzneimittelwesen, den hygienischen Massnahmen in den Städten, der Wasserversorgung, Kanalisation, Nahrungsmittelkontrolle, den Markthallen und Schlachthäusern, den verschiedenen Krankheiten, den Mineralquellen, den Begräbnisplätzen und Krematorien, sowie den Beerdigungs- und Feuerbestattungswesen u. a. m.

Das Institut für experimentelle Forschungen besteht aus zwei Abteilungen, einer chemischen und einer hygienischen. In den Arbeitskreis der ersteren gehören: 1. Untersuchungen von Mineralien, Steinkohlen, Erdarten, Zement, Dungstoffen und anderen Mineralien und Erzeugnissen der Industrie und Landwirtschaft; 2. Untersuchungen auf dem Gebiete der Elektrochemie; 3. hygienisch-chemische Untersuchungen, z. B. solche der Nahrungsmittel und des Leitungswassers; 4. die Prüfung der Medikamente, soweit sie nicht schon einen Prüfungsvermerk der dem Ministerium des Innern zu Tokio unterstehenden hygienischen Untersuchungsanstalten aufweisen, — denn sämtliche auf Formosa zur Verwendung kommenden Heilmittel müssen zuvor von einer zuständigen Behörde untersucht sein; 5. in Ermangelung einer öffentlichen Gasanstalt die Erzeugung von Steinkohlengas für den Institutsbedarf. Die hygienische Abteilung befasst sich mit bakteriologischen und protozoischen Untersuchungen, ebenso mit Untersuchungen über Ätiologie, Prophylaxis und Therapie der Infektionskrankheiten,

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

über Tropenhygiene, über Arzneimittelkunde und Toxiologie, über Viehseuchen und nutzbare Bakterien, mit der Prüfung und Untersuchung von Wasser in hygienischer Hinsicht, mit Herstellung von Impfstoff gegen Lyssa und Schweineseuche, ferner mit biologischen Studien über die Termiten zum Zweck ihrer Bekämpfung.

Über die im Jahre 1899 errichtete medizinische Schule zu Taihoku ist folgendes zu erwähnen. Sie nimmt hauptsächlich Formosachinesen auf. Jährlich melden sich etwa 500 junge Leute, von denen jedoch kaum ein Zehntel aufgenommen werden kann. Das Aufnahmeexamen beruht auf Zertation, ihm wird die Abgangsprüfung der Volksschulen als Massstab zugrunde gelegt. Abgesehen von der Vorschule, die ein Jahr beansprucht, dauert das medizinische Studium vier Jahre. Im Jahre 1910 hatte die Schule 195 Studierende, die im Durchschnitt 19,1 Jahre alt waren. Davon bezahlten 59 die Selbstkosten, die übrigen wurden auf Staatskosten ausgebildet. An der Schule sind ausser dem Direktor 25 Professoren und Lehrer, die zum Teil im Nebenamt tätig sind, und fünf Verwaltungsbeamte angestellt. Der Lehrplan ist folgender. Vorschule: Turnen, Moralunterricht, Japanisch, Geographie, Geschichte, Mathematik, Physik, Chemie, Naturgeschichte. Fachstudium: Anatomie, Histologie, Physiologie, Pathologie, Arzneimittelkunde, innere Medizin, Chirurgie, Geburtshilfe und Gynäkologie, Dermatologie, venerische Krankheiten, Ohren-, Nasen-, Rachen- und Kehlkopfkrankheiten, Ophthalmologie, Kinderkrankheiten, Bakteriologie, Hygiene, gerichtliche Medizin. Bis zum Jahre 1910 hatten im ganzen 149 Schüler die Abgangsprüfung bestanden, worunter sich auch eine Anzahl chinesisierte Wilde befinden.

Die Behördenorganisation auf dem Gebiete des Sanitätswesens hat einen völlig neuzeitlichen europäischen Anstrich. Als Sanitätsbeamte bei den einzelnen Distriktsverwaltungen — zwölf an der Zahl — fungieren die Distriktsvorsteher, Sanitätsräte, Polizeioffiziere, Polizeiinspektoren, Polizeiärzte, Sanitätschemiker, Vizepolizeiinspektoren, halbbeamtete Ärzte, Schutzleute und Hilfsschutzleute.

Auch dem Krankenhauswesen wandte man seine volle Aufmerksamkeit zu. Es bestehen zur Zeit elf Krankenhäuser auf Formosa, von denen dasjenige zu Taihoku das grösste ist. Es umfasst ein Areal von 49 586 qm, wovon 16 528 qm auf die Gebäude entfallen, und enthält reichlich 250 Betten. Die Poliklinik wird im Winterhalbjahr täglich von 300—400 und im Sommerhalbjahr von 700—800 auswärtigen Kranken besucht. Es bestehen Abteilungen für innere Krankheiten, Chirurgie, Augenheilkunde, Geburtshilfe, Frauenkrankheiten, Hautkrankheiten, venerische Krankheiten, Ohren-, Nasen-, Rachen- und Kehlkopfkrankheiten, Kinder-

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

krankheiten, Zahnarzneikunde und Massage. An der Spitze jeder Abteilung steht ein Chefarzt, der zugleich Professor an der medizinischen Schule ist. Ausser den Chefärzten sind noch 47 Ärzte angestellt, ferner 60 Pflegerinnen und 21 Beamte. Neben der Krankenbehandlung geht die Ausbildung von Pflegerinnen und Hebammen (Japanerinnen und Formosachinesinnen) einher. Das Krankenhaus ist im Pavillonstil erbaut, und zwar besteht es zum Teil aus hölzernen Erdgeschossbauten, zum Teil aus einstöckigen steinernen Gebäuden. Die Krankenzimmer werden in solche der Extra-, der ersten, zweiten und dritten Klasse, sowie in solche für Infektionskranke eingeteilt. Unter Umständen findet auch eine unentgeltliche Verpflegung statt. Ausser den verschiedenen Polikliniken und Krankenpavillons sind noch Kliniken, Laboratorien, Sektionssäle, Tageräume für Patienten, Koch- und Waschküche, Badehaus, Barbierraum, Eismaschinenhaus, Werkstätten für Mechaniker und Zimmerleute, Dampfdesinfektionsanstalt, Verbrennungsöfen, Leichenhaus, Pflegerinnenheim u. dgl. vorhanden. Ebenso ist für elektrische und Gasbeleuchtung, und für Dampf-, Wasserleitungs- und Heizeinrichtungen gesorgt.

Die übrigen Gouvernementshospitäler sind zwar kleineren Umfangs, aber in derselben Weise organisiert.

Mehrere Frauenvereine widmen sich der öffentlichen Wohltätigkeit. Es sind dies 1. der Zweigverein vom Japanischen Roten Kreuz, der in Taihoku ein Hospital unterhält; 2. der Zweigverein des Vaterländischen Frauenvereins; 3. der Frauenverein für wohltätige und gemeinnützige Zwecke. Der erstgenannte Verein befasst sich mit der Kriegskrankenpflege, der zweite mit der Pflege der bei den Kämpfen mit den Wilden Verwundeten und Erkrankten, der Unterstützung der Hinterbliebenen Gefallener und der Invaliden, der dritte errichtet Wohnungen für die arme Bevölkerung, erzieht entlassene Sträflinge zur Arbeit, unterstützt den Bau von Abendschulen und verbessert die Badeorte.

Die Bevölkerungszahl betrug Ende 1909: 3290186 und setzte sich zusammen aus 1735984 männlichen und 1554202 weiblichen Personen. Unter der Bevölkerung befanden sich 89696 Japaner, 3064917 Formosachinesen, 121981 Formosawilde und 13952 Ausländer.

Das Werk, das mit zahlreichen prächtigen Illustrationen ausgestattet ist, gibt auch wichtige statistische Aufschlüsse über die gesundheitlichen Einrichtungen, die hervorstechendsten Krankheiten der Insel u. a. m. Einert (Dresden).

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Feuerbestattung in Dresden.

Durch Gesetz vom 29. Mai 1906 wurde in Sachsen die Feuerbestattung zugelassen. Seitdem wurden in verschiedenen Orten Sachsens Feuerbestattungsstätten errichtet, u. a. auch in Dresden. Auf dem Gelände südlich des Johannisfriedhofes, inmitten eines schönen Kiefernwaldes, auf Tolkewitzer Flur, erhebt sich der mächtige Sandsteinbau des Dresdner Krematoriums. Die Anlage wurde nach den Plänen von Prof. Fritz Schumacher in den Jahren 1909 bis 1911 auf Stadtkosten errichtet und erforderte einschliesslich Grunderwerbskosten einen Aufwand von rund 1 000 000 M. Sie besteht aus einem Hauptgebäude, zu dem eine breite Zufahrtsstrasse führt, die sich vor dem Gebäude teilt, dann zu beiden Seiten eines Wasserbeckens entlang und um das Gebäude herumführt, so dass sich der Wagenverkehr ohne Schwierigkeiten entwickeln kann. Sie enthält die Verbrennungsanlage (System Schneider), einen Versammlungsraum, die Halle für die Trauerfeierlichkeiten, in der mindestens 250 Personen Platz finden, die Zimmer für Angehörige und den Geistlichen. Die Halle enthält eine Musikempore mit Orgel, die so angelegt ist, dass die bei den Trauergesängen mitwirkenden Personen der Versammlung unsichtbar bleiben. An den Hauptbau schliesst sich links eine Leichenhalle und rechts ein Gebäude mit Wohnungen für den Hausmeister und die Heizer an. In Verbindung hiermit befindet sich eine offene Urnenhalle, die einen niedriger gelegenen Hof einschliesst, so dass die Futtermauer des Hofes sowohl als auch die Wände der Halle zur Aufstellung der Urnen verwendet werden können. Es sind zunächst nur zwei Öfen hergestellt worden, doch ist noch Platz für einen dritten Ofen vorhanden. Die Versenkung ist so angelegt, dass hinter ihr ein Raum für den amtierenden Geistlichen bleibt, der vor einer als Altar hergerichteten Nische steht. Die Einäscherung erfolgt durch Luft, die bis auf 1000° C. erhitzt worden ist. Feuer und Flammen des Brennmaterials kommen mit Sarg und Leichnam nicht in Berührung. Die Asche des Sarges, der Bekleidung, Blumen usw. werden von dem herrschenden lebhaften Zuge mit fortgenommen, so dass die menschliche Asche allein übrig bleibt. Die erste Einäscherung in dem Krematorium der Stadt Dresden erfolgte am 22. Mai d. J. Die Verwaltung des Krematoriums ist mit der Verwaltung der städtischen Beerdigungsanstalt verbunden worden, die nunmehr in ein „städtisches Bestattungsamt“ umgewandelt worden ist. Zur Vornahme der Feuerbestattung ist die Genehmigung der Ortspolizeibehörde erforderlich. Dieser muss aber ein den Todesfall betreffender Auszug aus dem Sterberegister und bei ausserhalb des deutschen Reiches Verstorbenen eine amtlich beglaubigte Sterbeurkunde, ferner ein Nachweis darüber, dass

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

der Verstorbene nach vollendetem 16. Lebensjahre die Feuerbestattung angeordnet hat, oder dass sie von dem Inhaber der elterlichen Gewalt begehrt wird, und endlich der Nachweis über die Todesursache vorgelegt werden. Nicht zulässig ist eine nachträgliche Feuerbestattung schon beerdigter Leichen. Durch die Zeugnisse und ausserdem durch eine Bescheinigung der Ortspolizeibehörde des Sterbeortes muss, insofern die Genehmigung nicht von dieser selbst erteilt wird, dargetan sein, dass jeder Verdacht, es sei der Tod durch eine strafbare Handlung herbeigeführt worden, ausgeschlossen ist. Die Gebühren für die Einäscherung der Leichen, für die Beisetzung der Asche und für alle sonst damit im Zusammenhange stehenden Handlungen sind vom Rate der Stadt Dresden mit Zustimmung der Stadtverordneten festgesetzt und vom Königlichen Ministerium des Innern genehmigt worden; sie werden jedesmal im voraus erhoben. Sie betragen 100 M. für die Feuerbestattung und Beisetzung einer Leiche, die auf dem Friedhofe der Anstalt beigesetzt wird, 85 M., wenn sie auf einem anderen Friedhofe beigesetzt wird; 25—135 M. kostet die Überführung von mit der Bahn von auswärts kommenden Leichen von einem der Dresdener Bahnhöfe nach der Feuerbestattungsanstalt durch das städtische Bestattungsamt einschliesslich der Gebühren für die Begleitmannschaft. Zu den Gebühren für die Feuerbestattung kommen noch die Gebühren für Benutzung der Leichenhalle, der Sektionshalle, ev. des Prunksarges, Orgelspiel und verschiedene andere Nebengebühren. Die Anstalt ist seit ihrer Eröffnung dem Vernehmen nach schon sehr lebhaft benutzt worden. Einert (Dresden).

Krauss, Zur Wohnungshygiene. (Soziale Med. u. Hyg., Bd. V, Nr. 12, p. 571.)

Eine Zusammenstellung von 50 Arbeiterwohnungen in Ansbach zeigt, wie ungenügend auch in einer kleinen Stadt die Wohnungsverhältnisse noch sind.

Der „Kleinwohnungsbauverein Ansbach“ hat das erste Haus soeben vollendet und am 1. Januar 1911 vermietet. Es besteht aus drei Einzelhäusern mit je einer Wohnung zu ebener Erde und im Obergeschoss. Jede Wohnung, deren jährlicher Mietpreis 160 bzw. 150 M. beträgt, besteht aus Zimmer, Küche, Schlafzimmer und Abort. Dazu gehört eine Bodenkammer, eine Waschküche, ein Kellerraum und ein Gartenanteil. Der ganze Bau kommt auf 18500 M. zu stehen, so dass durch die Miete eine 5 %ige Verzinsung erfolgt.

Dieses Beispiel verdient Nachahmung. Laspeyres.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Fletscher, Die Esssucht und ihre Bekämpfung. [Deutsche Ausgabe von A. v. Borosini.] (Dresden, Holze & Pahl.)

224 Seiten sind dazu nötig, dem Leser die alte Binsenwahrheit klar zu machen, dass der Kauakt und die gründliche Einspeichelung der Speisen eine eminent wichtige Vorbereitung der Verdauungsarbeit des Magendarmkanals ist, und dass der Mensch nur soviel essen sollte, als Hunger und Durst ihn dazu treiben.

Die Menschen essen häufig zuviel und in verkehrter Weise. Zunächst nehmen sie nicht die nötige Rücksicht auf den wichtigen Faktor Appetit. Sie setzen sich zu Tisch, ohne in der zum Essen nötigen Verfassung zu sein; denn die auf die Speisen gerichtete freudige Aufmerksamkeit begünstigt die Absonderung des Magensaftes, bzw. leitet dieselbe ein, während Ärger, deprimierte Stimmung usw. dieselbe zum Versiegen bringen (Pawlow!!).

Ebenso wird die Magensaftsekretion durch den Kauakt als solchen, sowie durch das Einbringen der wohlschmeckenden Speisen angeregt, wie ebenfalls zahlreiche Versuche des berühmten russischen Forschers uns schon lange gelehrt haben.

Auch das wissen wir, dass schon im Munde durch das Stärkespaltende Ferment des Speichels wenigstens die Kohlehydrate der Nahrung teilweise gespalten und resorptionsfähig gemacht werden, und dass gründliches Zerkleinern und Einspeicheln der Speisen schon aus diesem Grunde wichtig und notwendig ist, abgesehen von der reizenden und schädigenden Wirkung, die grosse, schlecht zerkleinerte Bissen auf die Magenschleimhaut ausüben können.

Obwohl diese Tatsache Ärzten und Laien wohl bekannt sind, wird gegen diese Regeln in unserer Zeit des Hastens und der Unruhe von fast allen Menschen gesündigt. Deshalb ist es gewiss lobenswert, immer wieder auf eine richtige Lebensweise und Nahrungsaufnahme hinzuweisen. Ob es dazu aber nötig ist, eine neue Methode des Kauens und Schluckens zu „erfinden", mag dahingestellt sein.

Nun, das „Fletscherisieren" oder „Fletschern" (!!) ist nach berühmten Mustern erfunden, und wer die Methode befolgt, wird viel Geld sparen, gesund bleiben und ein hohes Alter erreichen.

Man esse nur, wenn der Appetit sich eingestellt hat, und wenn es bis mittags dauert. „Dann aber kaue, knete, beisse und schmecke alles, was du in den Mund nimmst, nicht nur so lange, bis es breiig oder flüssig geworden ist und durch die Saliva (Mundspeichel) alkalisiert oder neutralisiert ist, sondern bis die so veränderte Speise sich in den Gaumenspalten festgesetzt hat, dort einen Schluckreflex auslöst und dadurch in den Magen gelangt. Dann wirst du diejenige Speise, die den Schluckreflex ausgelöst

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

hat, verschlucken, während der Rückstand einer erneuten Mundbehandlung unterzogen wird, bis er auch in derselben Weise verschwindet.“ „Rückstände, welche sich nicht zu Brei verarbeiten lassen und aus denen durch die Mundbehandlung jeder Geschmack herausgezogen worden ist, gebe man wieder heraus.“

So wird man zur Erhaltung des Gleichgewichts verhältnismässig sehr geringer und besonders eiweissarmer Nahrung bedürfen, da diese in leicht assimilierbarer Form und ohne Ballast in den Magen gelangt. Und zum Zeichen dessen werden die Ausleerungen nicht öfter als zweimal in der Woche bis einmal in zwei Wochen (!) entleert werden, „nichts Unreinliches an sich haben, Pillenform besitzen und ähnlich dem Ziegen- und Schafkot zur Ausscheidung kommen. Weder im Momente der Entleerung dürfen die Fäzes einen schlechten Geruch verbreiten noch später solchen annehmen, sie müssen also eine mehr aseptische Beschaffenheit zeigen.“ Also fletschern wir!

Laspeyres.

Haig, Harnsäure als ein Faktor bei der Entstehung von Krankheiten. [Ein Beitrag zu der Pathologie des hohen Blutdruckes, des Kopfschmerzes, der Epilepsie, der Geisteskrankheiten, der paroxysmalen Hämoglobinurie und der Anämie, der Brightschen Krankheit, des Diabetes, der Gicht, des Rheumatismus und anderer Störungen.] (Berlin 1910. O. Salle. 2. Aufl. Deutsch von Bircher-Benner.)

Es ist keine ganz leichte Aufgabe, über das interessante Buch, das eine Zusammenfassung vieler in der periodischen Fachpresse verstreuter Arbeiten des bekannten Verf. darstellt, ein Referat zu schreiben. Neben zahlreichen interessanten und guten Beobachtungen, an denen die Wissenschaft und Forschung sicher nicht vorübergehen kann, wie sie auch den vom Verf. daraus gezogenen Schlussfolgerungen in wissenschaftlicher und praktischer Beziehung Beachtung schenken muss, enthält das Buch soviel auf unbewiesenen und anscheinend unbegründeten Hypothesen fussende Ansichten und Behauptungen, dass der Verf. nicht nur den Widerspruch stark herausfordert, sondern auch Gefahr läuft, nicht ernst genommen zu werden, wenn er sämtliche Konstitutionskrankheiten auf die eine böse Harnsäure zurückführen will.

Der Verf. hat gefunden, dass normalerweise das Verhältnis der Harnsäure zum Harnstoff im Urin 1 : 30 beträgt. Er hatte an sich selbst beobachtet, dass er, der viel an Migräne litt, an solchen Tagen, wo er dieses Verhältnis fand, sich frei und wohl fühlte, an anderen, wo er bei der gleichen absoluten Menge das Verhältnis 1 : 18 oder 1 : 20 fand, an Kopfschmerzen litt. Er nahm an, dass in solchen Fällen retinierte Harnsäure ausgeschieden würde.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die Harnsäuremenge im Blute, von welchem der Gehalt des Urins an Harnsäure abhängt, steht im Verhältnis zur lösenden Kraft des Blutes für die Harnsäure und ihre Salze. Durch Beeinflussung der lösenden Kräfte dieser Flüssigkeit können wir in gewissen Grenzen auch seinen Harnsäuregehalt beeinflussen; wir können dasselbe auch durch Änderung der in der Nahrung eingeführten vorgebildeten Harnsäuremenge erreichen.

Durch Darreichung eines Alkalis steigern wir die Löslichkeit des Blutes für Harnsäure und vermehren dadurch auch die Menge der Harnsäure. Dies bewirkt, wie wir später sehen werden, sofort eine Obstruktion in den Kapillaren des ganzen Körpers, erhöht dadurch den Blutdruck und verlangsamt den Herzschlag. Als weitere Folge dieses mangelhaften Kreislaufes in den Organen finden wir kalte Haut, kalte Extremitäten, Gemütsverstimmung und Kopfschmerzen, spärlichen Harn mit verhältnismässig grossem Harnsäuregehalt. Gibt man jetzt eine Säure, so werden sofort alle Kapillaren befreit, die Löslichkeit für Harnsäure sinkt, und diese wird aus dem Blute in die Leber, die Milz, die Gelenke usw. getrieben, und wenn dies in bedeutenden Mengen geschieht, so zeigen sich gewöhnlich mehr oder weniger stark prickelnde und ziehende Schmerzen, oder ernstere Reizung bis zur ausgesprochenen Gelenkentzündung. Die freien Kapillaren gestatten eine Verminderung des Blutdruckes, das Herz schlägt rascher, Haut und Extremitäten werden warm, der Geist klar und ruhig, die Harnmenge wird stark vermehrt und zeigt verminderten Harnsäuregehalt.

Die Wirkung der Harnsäure auf die Kapillaren stellt sich der Verf. in folgender Weise vor. Im Reagensglase schlägt sich die mit Natriumphosphat in Lösung gebrachte Harnsäure (oder Urate) nach der Abkühlung und Behandlung mit gewissen Chemikalien in kolloidaler oder gelatinöser Form nieder, und es erscheint ihm nicht unmöglich, dass im Blute, wenn sich die Löslichkeit ändert, etwas ähnliches geschieht. Die Wirkung der Lithiumsalze lässt es als gewiss erscheinen, dass die Löslichkeit der Harnsäure auch in den Körperflüssigkeiten hauptsächlich von den neutralen Phosphaten abhängt.

Diesen Zustand des Blutes, in welchem reichlich Harnsäure kreist, nennt der Verf. Uricocidaemie oder Kollaemie. Solche durch den Blutstrom gehende Kolloidmassen treten, auch wenn sie nicht sehr zahlreich vorhanden sind, dem Kapillarkreislauf höchst hindernd entgegen.

Die Harnsäure entstammt drei Quellen: 1. wird sie aus stickstoffhaltigen Substanzen im Körper gebildet; 2. mit der Nahrung als Urate oder andere Glieder der Xanthingruppe eingeführt; 3. rührt sie aus Depots früher retinierter Harnsäure her. Es liegt

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

nun durchaus in unserer Macht, die Harnsäureausscheidung durch Änderung der Löslichkeitsbedingungen zu beherrschen, sowie durch Änderung der durch die Nahrung zugeführten Menge.

Als Krankheitsursache wirkt die Harnsäure in zweierlei Art:

1. örtlich reizend, wenn sie sich in beträchtlicher Menge und wahrscheinlich noch in Lösung oder als kolloides Quadriurat in irgendeinem Gewebe suspendiert vorfindet;

2. durch Obstruktion der Kapillaren, wobei sie einerseits den Kreislauf, die Zellernährung, die Tätigkeit und Temperatur sämtlicher Organe und Gewebe des Körpers affiziert und andererseits den Blutdruck erhöht, welcher direkt das Herz und die Gefässwandungen, indirekt den intrakraniellen, thorakischen und chylopoëtischen Kreislauf beeinflusst.

Krankheitsprozesse, welche die Harnsäureausscheidung vermindern und das Blut von Harnsäure befreien, vermindern dadurch den Blutdruck und beschleunigen den Kreislauf durch alle Organe und Gewebe des Körpers (Fieber, welches die Alkaleszens des Blutes herabsetzt), und umgekehrt erhöhen Krankheitsprozesse, welche die Ausscheidung der Harnsäure vermehren, den Blutdruck, und beeinträchtigen den Kreislauf (Nephritis, postfebrile Zustände, Dyspepsie, Leukämie).

Mit Ausnahme der Gicht und des Rheumatismus werden alle mit der Harnsäure zusammenhängende Krankheiten durch deren Wirkung auf den Blutdruck und den interstitiellen Kapillarkreislauf in den Organen und Geweben des Körpers veranlasst: Kopfschmerz und Anfälle, Gemütsverstimmungen und üble Laune, Schwindel und ein Heer kleiner funktioneller Störungen. „Allerdings ist die Harnsäure nicht die einzige Ursache für solche Störungen". Asthma und chronische Bronchitis sind wahrscheinlich z. T. Anzeichen der Wirkungen des hohen Blutdrucks und der obstruierten Kapillaren auf den Bronchial- und Lungenkreislauf. In gleicher Weise erklärt sich die Dyspepsie durch die Wirkung auf die Kapillaren des Magen- und Darmkanals, und damit verstehen wir auch den Zusammenhang zwischen Dyspepsie und Kopfschmerzen, Epilepsie, Gemütsverstimmungen, oder zwischen Dyspepsie und der Raynaudschen Krankheit, der paroxysmalen Hämoglobinurie der Anämie.

Der „Harnsäurekopfschmerz" ist mit der Migräne identisch; derselbe verschwindet bei vegetabiler Diät und Vermeidung von Kaffee und Tee. Auf diese Weise lassen sich auch alle durch die Harnsäure bedingten Erkrankungen heilen, soweit sie funktioneller Natur sind, also nicht organisch und unheilbar geworden sind.

Die Harnsäure ist auch für die Entstehung der „paroxysmalen Neurosen": Epilepsie, Konvulsionen, Hysterie anzuschuldigen;

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

daher ihr Vorherrschen in rheumatischen Familien und das Abwechseln mit Migräne und Rheumatismus.

Dasselbe gilt auch für die Geisteskrankheiten. Die Periodizität des Selbstmordes hängt mit den täglichen, jährlichen und zufälligen Schwankungen der Kollaemie zusammen. So erklärt sich der Einfluss der Nahrung, der Jahreszeit, des Geschlechts (die Männer essen im allgemeinen mehr Fleisch) usw., sowie mancher Gifte und Arzneimittel (Blei, Quecksilber, Opium, Alkohol, Tabak).

„Die Zunahme der Selbstmorde kann nur durch die wachsende Verbreitung des Fleisch-, Tee- und Alkoholgenusses erklärt werden."

Wie schon gesagt, wird das ganze grosse Heer der Konstitutionskrankheiten nach des Verf. Ansicht durch die Harnsäure im Blute hervorgerufen: Asthma und Bronchitis, Dyspepsie und Gicht des Darmkanals, Raynaudsche Krankheit, paroxysmale Hämoglobinurie und Anaemie, Albuminurie und Brightsche Krankheit, Glykosurie und Diabetes.

Etwas ausführlicher möchte ich noch über das Kapitel Gicht und Rheumatismus referieren. Beide sieht der Verf. als eine einzige Krankheit an, als eine Entzündung hervorgerufen durch die Gegenwart von Uraten, welche unter Umständen auf ein Gelenk beschränkt bleibt (Gicht) oder zugleich resp. nacheinander verschiedene Gelenke und auch das Herz angreift (Rheumatismus). Der Reiz der Urate in den Gelenken soll stärker sein, wenn sie gelöst, als wenn sie in fester Form abgelagert sind. Es finden sich anatomisch oft die Zehengelenke dicht bedeckt mit Uraten, während der Patient nie über örtliche Entzündung geklagt oder auch nur von Gicht etwas gewusst hat. Dagegen hat etwas saurer Wein oder Bier oft in einer halben Stunde die Zurückhaltung von (wahrscheinlich gelösten) Uraten in gewissen Gelenken zur Folge, die wegen strenger Arbeit oder vorhergehender Reizung weniger alkalisch geworden sind, als die übrigen. Dadurch entstehen rasch hohe Schmerzen und Entzündung.

Die chemischen und physikalischen Eigenschaften der Harnsäure erklären alle Erscheinungen des Rheumatismus, sowie die Wirkung aller bei der Behandlung nützlicher Arzneien und diätetischer Methoden vollständig. Sie erklären als Irritans des Bindegewebes ebenso leicht die Endokarditis und Perikarditis bei dem akuten Rheumatismus wie die Arthritis.

Die Salizylsäure heilt den akuten Gelenkrheumatismus nur durch Entfernung der Urate aus den Gelenken. Die Harnsäureausscheidung ist während der ersten Tage der Behandlung mit Salizylsäure sehr gross, nicht bloss absolut, sondern auch im Verhältnis zum Harnstoff.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Die Behandlung aller der ebengenannten Krankheiten besteht nun darin, das Blut freizuhalten von einem Harnsäureüberschuss. Zu diesem Zweck dürfen wir nicht mehr Stickstoff zu uns nehmen, als nötig ist, den Harnstoff auf der physiologischen Höhe von 0,5 auf das Kilogramm Körpergewicht zu halten.

Zur Klärung des Blutes von der Harnsäure eignen sich unter anderem Jod- und Chlorsalze, das Quecksilber in einigen Verbindungen (Jodquecksilber), Nitrite, Morphium. Das Quecksilber (Calomel) ist nützlich bei Kopfschmerzen und Depression, und die Jodsalze bei Asthma.

Auf die Wirkung aller dieser Medikamente folgt aber leider ein Rückschlag, denn die aus dem Blute entfernte Harnsäure ist nicht aus dem Körper entfernt, und wenn man mit der Darreichung der Mittel aufhört, nimmt das Blut die Harnsäure wieder auf. Zweckmässig gibt man deshalb abwechselnd mit diesen Arzneien das salizylsaure Natron, welches die Abscheidung der Harnsäure durch den Urin befördert und so eine allzugrosse Anhäufung im Organismus verhindert.

Leider dürfte die Sache, sowohl was die Ätiologie als die Behandlung der genannten Konstitutionskrankheiten angeht, doch wohl nicht so einfach liegen, wie der Verf. sie darstellt. Aber trotzdem bietet das Buch genug der Anregung, um es einem kritischen Leserkreise zur Beachtung zu empfehlen. Laspeyres.

Fortschritt des Säuglingsschutzes.

Der von der „Preussischen Landeszentrale für Säuglingsschutz“ zu Beginn ihrer Tätigkeit satzungsgemäss gegebenen Anregung, für die grösseren Verwaltungsbezirke feste Mittelpunkte zur Zusammenfassung der örtlichen Säuglingsschutzorganisationen zu schaffen, wird in wachsendem Umfange, dank der tatkräftigen Förderung durch die Herren Oberpräsidenten, Rechnung getragen. Der neueste Vorgang auf diesem Gebiete ist die vor kurzem erfolgte Begründung eines Hauptausschusses für Säuglingsschutz in der Provinz Schleswig-Holstein unter dem Vorsitz der Frau Oberpräsident von Bülow in Schleswig. Darin sind vertreten die Provinzial-, Regierungs- und Landesbehörden, die Kreis- und Stadtverwaltungen, die Ärzteschaft, die Universität, die Landesversicherungsanstalt und die Ortskrankenkassen, die Hebammenvereine, die Geistlichkeit und die Kirchenverwaltung, die Lehrerschaft, die Waisen- und Armenpflege, die Industrie, schliesslich und vor allem die Frauenwelt, sowie zahlreiche örtliche Wohlfahrtsvereine. Die neue Provinzialorganisation will, ohne bestehenden Vereinen Konkurrenz zu machen, alle auf diesem Gebiete tätigen Kräfte in der Provinz unter Wahrung ihrer Selbständigkeit zusammenfassen. Sie

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

wird zunächst die Verhältnisse der Provinz, insbesondere in den stark gefährdeten Kreisen und Städten, genau feststellen und entsprechende Veranstaltungen anregen. Man war einig darüber, dass in Fragen der Stillpropaganda, der Milchversorgung der ärmeren Bevölkerung, der Mitarbeit der Hebammen sowie geschulter weiblicher Kräfte neben den ehrenamtlichen Organen der Frauenvereine, der Belehrung der Mädchen und Frauen auch auf dem Lande noch viel zu tun sei, ebenso auf dem Gebiete der Berufsvormundschaft und Krankenversicherung. Vereine und Anstalten selbst zu begründen oder finanziell zu unterstützen, ist nicht Aufgabe des Hauptausschusses. Wo es erforderlich erscheint, sind Ortsausschüsse ins Leben zu rufen. Die Deckung der Kosten soll durch Beiträge der Stadt- und Landkreise erfolgen; den lokalen Bestrebungen dürfen keine Mittel entzogen werden. Zur nächsten Sitzung ist ein mit der Preussischen Landeszentrale für Säuglingsschutz zu vereinbarender Satzungsentwurf, der den Anschluss an die Preussische Landeszentrale vorsieht, vorzulegen. Zur Leitung der Geschäfte ist ein engerer Ausschuss (Vorstand) unter dem Vorsitze der Frau Oberpräsident von Bülow gebildet, dem weiter Oberpräsidialrat von Bülow, Regierungsassessor Simon (als Schriftführer), Regierungs- und Geheimer Medizinalrat Dr. Bertheau, sämtlich in Schleswig, sowie Stadtrat Dr. Pauly-Kiel angehören.

Kirstein, Grundzüge für die Mitwirkung des Lehrers bei der Bekämpfung übertragbarer Krankheiten. (Berlin 1911. Jul. Springer. 2. Aufl.)

Das kleine Buch bringt in seinem allgemeinen Teile zunächst eine kurze Übersicht über die Bedeutung der Krankheitserreger, ihre Eintrittspforten und die dem Organismus zu Gebote stehenden Schutzvorrichtungen, über die Infektionsquellen für die Schule und die Verbreitungsart der Krankheitserreger innerhalb der Schule. Dann werden im wesentlichen in Anlehnung an den preussischen Ministerialerlass, betr. Anweisung zur Verhütung der Verbreitung übertragbarer Krankheiten durch die Schulen, vom 9. Juli 1907, die allgemeinen Schutzmassregeln durchgesprochen.

Im speziellen Teil wird dann für die einzelnen, im Erlass aufgeführten übertragbaren Krankheiten, deren Symptomatologie und Verlauf in allgemeinverständlicher Weise kurz geschildert werden, dargestellt, was der Lehrer zur Verhütung der Weiterverbreitung tun kann bzw. muss.

Der Verf. hat mit dieser übersichtlichen und klaren Darstellung nicht nur dem Lehrer, sondern auch dem Schularzt ein brauchbares Hilfsmittel im Kampfe gegen die übertragbaren Krankheiten in der Schule in die Hand gegeben. Laspeyres.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Blume, Der Samariter. [Leitfaden für die erste Hilfe bei Unglücksfällen, Heft 1 u. 2.] (Karlsruhe 1911. G. Braunsche Hofbuchdruckerei und Verlag.)

Die beiden Hefte sollen als Hülfsmittel bei der Ausbildung in der ersten Hülfe für Sanitätskolonnen usw. dienen. Das zweite Heft mit den Abbildungen scheint wohl geeignet zur raschen Auffrischung des in den Kursen Gelernten. Laspeyres.

Witthauer, Leitfaden für Krankenpflege im Krankenhaus und in der Familie. (Halle a./S. 1911. C. Marhold. 4. Aufl. Mit 99 Abb.)

Es ist gewiss in unserer Zeit der Samariter- und vieler ähnlicher Kurse kein Mangel an guten Lehrbüchern der Krankenpflege. Schon der Umstand aber, dass in kurzer Zeit eine neue Auflage erscheinen konnte, zeigt, dass der vorliegende Leitfaden einem weitgehenden Bedürfnisse nach Unterweisung nicht nur für berufliche Krankenpfleger, sondern auch für die ihre Familienangehörigen pflegenden Personen entgegenkommt. Ausser der Technik aller für Krankenpflege notwendigen Handgriffe findet sich eine klare, allgemeinverständliche Belehrung über die wichtigsten Erkrankungen und Verletzungen und eine Zusammenstellung der für die Krankenpflege in Betracht kommenden Gesetzesparagraphen. Laspeyres.

In einem Aufsatze über „Die Vereinigung der Fürsorgebestrebungen in einer Gemeinde“, den Geheimrat E. Pütter im 3. Heft der „Hygiene“ veröffentlicht, bespricht er auch die **Alkoholiker-Fürsorge** und beschreibt die diesbezüglichen Einrichtungen in Berlin. Er teilt mit, dass es gelang, von den 645 Trinkern, die in Fürsorge kamen, 102 in einen Abstinenzverband gebracht werden konnten, man wisse aber noch nicht, wie viele davon abstinent bleiben würden. Er setzt auseinander, dass Trinker nur durch Abstinenz zu heilen seien und man daher die Abstinenzverbände, wie den Guttemplerorden, das Blaue Kreuz, den Arbeiter-Abstinenten-Bund gar nicht entbehren könne, da der Alkoholkranke nur in ständigem Verkehre mit seinen neuen Freunden, den Abstinenten, vor Rückfällen bewahrt werden könne.

Die Hauptsache, die Trinker nämlich im Anfangsstadium in die Fürsorge zu bekommen, könne nur durch Mithilfe der Gemeinden, besonders der Armenvorsteher, und der Polizei erreicht werden. Damit habe es aber gute Wege, da man auf latenten Widerstand gegen die Antialkoholbewegung stosse. Abgesehen davon, dass fast Alle gerne ihr Gläschen tränken und ihnen die Abstinenz darum nicht sympathisch sei, sässen Brauereibesitzer und Gastwirte in der Gemeindevertretung, denen zuliebe man nicht

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

gerne von Konzessionsbeschränkungen rede, die aber unentbehrlich seien, weil die Konzessionen die Hauptursache der Trunksucht seien.

Auch die Abstinenzorganisationen würden sich erst dann der Sympathie und Förderung erfreuen, bis der Kämmerer nachgerechnet habe, was der Alkohol der Armenverwaltung eigentlich koste, und dass 10—12 % Kommunalsteuern gespart werden könnten, wenn man den Alkoholmissbrauch in der Gemeinde auf etwa 50 % beschränken könnte.

Aus der Korrespondenz f. d. Deutsche med. Presse (A. Hölitscher).

Oliver, The pathology and treatment of injuries caused by electricity. (The Lancet, Febr. 11. 1911. p. 363.)

Im Anschluss an zwei selbst beobachtete Fälle, von denen der eine tödlich verlief, bespricht Verf. die Pathologie und Klinik der durch den elektrischen Strom verursachten Läsionen. Mit der gewaltig zunehmenden Verwendung der Elektrizität als Lichtquelle und Motor haben naturgemäss die durch den Strom bedingten Todesfälle sich vermehrt; sie würden wohl noch häufiger sein, wenn nicht gerade ein besonders ausgebildetes und tüchtiges Material von Arbeitern in den elektrischen Betrieben beschäftigt wäre.

Die Gefährlichkeit des elektrischen Stromes hängt nicht allein von der Höhe der Spannung oder der elektromotorischen Kraft ab, sondern auch von dem augenblicklichen Zustand der betroffenen Person (Isolierung, Feuchtigkeit der Haut usw.). Zwischen 1902 und 1908 waren drei Todesfälle durch Gleichstrom unter 250 Volt, und 30 durch Wechselstrom herbeigeführt.

Zusammen mit Bolam stellte der Verf. Versuche an, um zu entscheiden, wodurch der Tod herbeigeführt wird; sie kamen zu dem Resultat, dass bei plötzlichem Tode die Einwirkung des Stromes auf das Herz die Ursache des Endes sei; ob dieses durch den Strom gelähmt, ob es durch elektrolytische Vorgänge oder durch starken Stromwiderstand infolge Konstriktion der kleinen Gefässe zum Stillstand gebracht wird, sei schwer zu sagen.

Laspeyres.

Bekämpfung der Syphilis.

Eine sehr wichtige Neuerung hat die Stadt Dresden in Bezug auf die Syphilisbekämpfung, soweit sich eine gesetzliche Handhabe hierzu bietet, eingeführt. Nach bereits früher erlassenen Bestimmungen unterstehen der Aufsicht des städtischen Fürsorgeamts bis zur Entlassung aus der Schule alle ehelichen und unehelichen Kinder, so lange sie in Dresden gegen Entgelt bei fremden Frauen (Ziehmüttern) zur Pflege und Erziehung untergebracht sind, ebenso

Generated on 2019-12-14 17:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA

alle unehelichen Kinder, die seit dem 31. Dezember 1906 in Dresden geboren sind und für deren Bevormundung das Königliche Amtsgericht zu Dresden zuständig ist, so lange sie in Dresden durch die Mutter oder durch Ziehmütter verpflegt und erzogen werden. Für alle diese Kinder ist, wenn bei ihnen Syphilis festgestellt ist oder dringender Verdacht auf Syphilis besteht, eine Meldepflicht gegenüber dem Fürsorgeamt, also dem gesetzlichen Vormund, eingeführt worden. Diese Meldungen sind von den Ziehkinder- und Armenärzten, sowie den städtischen Krankenanstalten pflichtmässig zu erstatten, es ist aber auch den Dresdener Polikliniken und den nicht unter städtischer Verwaltung stehenden Kranken- und Entbindungsanstalten nahegelegt worden, diese Meldungen zu machen. Vom Fürsorgeamt wird eine Liste der zur Meldung gekommenen syphilitischen und syphilisverdächtigen Kinder geführt. Um möglichst zeitig die angeborene Syphilis festzustellen, haben die das Ziehkinderwesen beaufsichtigenden städtischen Pflegerinnen die Säuglinge bis zum Alter von drei Monaten alle vierzehn Tage zu besuchen und bei verdächtigen Anzeichen die unverzügliche Untersuchung durch den Ziehkinderarzt zu veranlassen. Säuglinge sind im ersten Vierteljahre mindestens zweimal und zwar das erstemal innerhalb der ersten sechs Lebenswochen zur ärztlichen Musterung zu bringen. Ebenso sind die als syphilisverdächtig gemeldeten Kinder vom Fürsorgeamt sofort zur nächsten Musterung heranzuziehen. Ist die Diagnose zweifelhaft, so wird das Kind zur Blutuntersuchung nach Wassermann entweder dem städtischen Säuglingsheim oder dem Stadtkrankenhause zugeführt, die über den Ausfall der Untersuchung das Fürsorgeamt zu benachrichtigen haben. Diejenigen Kinder, bei denen Syphilis festgestellt ist, werden einer antisyphilitischen Behandlung zugeführt, und zwar sind Fälle offener Syphilis einem Krankenhause zur Kur zu überweisen. Hiervon kann aber abgesehen werden, wenn das Kind von seiner eigenen Mutter verpflegt wird, und andere Kinder in dieser Familie nicht vorhanden sind. Wird ein Kind einem Krankenhause nicht zugeführt, so liegt die Behandlung den Ziehkinderärzten ob, deren Vergütung nach den Mindestsätzen der ärztlichen Gebührenordnung erfolgt. Eine Behandlung durch andere Ärzte ist nur mit Genehmigung des Fürsorgeamtes zulässig. Dem Erziehungsberechtigten wird durch das Fürsorgeamt von der Erkrankung des Kindes und von der eingeleiteten Behandlung Nachricht gegeben. Widerspricht er der Behandlung, so ist die Entschliessung des Vormundschaftsgerichts herbeizuführen. Die Ziehkinderärzte sind ein für allemal beauftragt und ermächtigt, die Ziehmutter oder selbstverpflegende Mutter von der Syphilis des Kindes zu unterrichten. Dabei sind diese mit den nötigen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Verhaltungsmassregeln zu versehen, auch ist die Ziehmutter zur Geheimhaltung der Diagnose nachdrücklich zu veranlassen. Ferner ist nach Möglichkeit darauf hinzuwirken, dass sich auch die Eltern des syphilitischen Kindes einer Behandlung unterziehen. Die in die Liste eingetragenen syphilitischen Kinder sind dem Ziehkinderarzte drei Jahre hindurch regelmässig und zwar alle drei Monate einmal vorzustellen. Während dieser dreijährigen Beobachtungszeit dürfen syphilitische Kinder nicht bei Ziehmüttern untergebracht werden, in deren Pflege sich andere gesunde Kinder befinden. Die Erziehungsberechtigten sind anzuhalten, die in die Liste eingetragenen Kinder nicht nach auswärts in Pflege zu geben. Geschieht dies dennoch, so hat das Fürsorgeamt die auswärtigen Pflegeeltern oder die je nach den Umständen sonst geeignete Stelle (Gemeindewaisenrat usw.) von der Krankheit des Kindes zu benachrichtigen. Die Kosten, welche durch die Behandlung syphilitischer Kinder, die unter diese Vorschriften fallen, entstehen, werden von der Stadtgemeinde Dresden zunächst versuchsweise auf zwei Jahre getragen.

Es steht zu hoffen, dass durch diese Massnahmen jener Seuche wenigstens in etwas gesteuert werden kann. Einert (Dresden).

Ehrlich, Grundlagen und Erfolge der Chemotherapie. (Stuttgart 1911. F. Enke.)

Der in Stuttgart am 20. Februar 1911 im Deutschen Frauenverein vom Roten Kreuz für die Kolonien, Landesverband Württemberg, gehaltene Vortrag zeigt in knapper Form, wie durch systematisches Suchen und Experimentieren chemische Körper gefunden wurden, welche auf bestimmte Krankheitserreger abtötend wirken, ohne den Organismus zu schädigen. Es handelt sich hier um die Trypanosomen, die Erreger der Schlafkrankheit, die Spirillen des Rückfallfiebers, die Spirochäten der Framboesie und der Syphilis.

Auf die Trypanosomen wirken drei Arten von verschiedenen Substanzen schädigend ein, von denen zwei den Farbstoffen der Anilinreihe angehören, die dritte Arsenikverbindungen sind. An dieser letzten Gruppe setzten nun die wichtigsten Forschungen Ehrlichs ein. Er kam zu der Ansicht, dass die Trypanosomen in ihrem Körper chemische Substanzen oder Gruppen haben müssen („Chemozeptoren"), welche Arsenik binden können. Dieser „Arsenozeptor" ist aber nur imstande, das dreiwertige Arsenik, nicht das fünfwertige zu verankern. Es sind deshalb nur solche Arsenikverbindungen wirksam, welche den dreiwertigen Arsenrest enthalten, oder aus welchen dieser durch Reduktion im tierischen Organismus gebildet wird.

Nun sind nicht alle Arsenverbindungen, die den dreiwertigen

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Arsenrest enthalten, gleich wirksam gegen die Trypanosomenkrankheit, vielmehr einzelne gar nicht, andere nur sehr gering. Es müssen vielmehr in den Trypanosomen noch andere Chemozeptoren, welche mit anderen Gruppen des Mittels (z. B. dem Essigsäurerest) Verwandtschaft haben, diese verankern und dadurch erst die Arsengruppe an die Zelle heranbringen. Solcher Gruppen können natürlich mehrere in den zur Wirkung gelangenden chemischen Mitteln sich finden.

Um eine spezifische Therapie zu treiben, müssen für jeden Parasiten bestimmte verankernde eigenartige „Nebengruppierungen" ausfindig gemacht werden, die bestimmte Reste packen und so eine spezifische Verankerung ermöglichen.

Als solche Nebengruppen haben sich für die Spirillosekrankheiten die Hydroxylgruppen (Arsenophenol) ergeben. Führt man in dieses noch bestimmte andere Gruppen ein, so wird die Giftigkeit der Verbindung herabgesetzt und die spirillozide Eigenschaft in hohem Grade gesteigert. Solche Gruppen sind das Jod und in noch höherem Masse die Amidogruppe (Dioxydiamidoarsenobenzol = Ehrlich-Hata 606, oder Salvarsan genannt). Bei diesem Mittel überwiegt die „parasitotrope" Wirkung die „organotrope" so erheblich, dass die gegen die Syphilis wirksame Menge 8—10 mal kleiner ist, als die beim Menschen toxisch wirkende.

Wieweit es möglich ist, eine vollkommene Abtötung aller Parasiten durch einen Schlag zu erzielen, muss vorläufig noch dahingestellt bleiben. Für die Schlafkrankheit hält Ehrlich es für möglich, wenn nur die Dosen des Arsenophenylglyzins genügend hoch genommen werden; wenigstens hat v. Raven in Togo bei Dosen, die über 2,0 g lagen, keine Misserfolge mehr gehabt. In Ostafrika und am Kongo, wo eine resistentere Trypanosomenart existiert, haben diesbezügliche Versuche bisher noch zu keinem günstigen Resultat geführt.

Bei dem Rückfallfieber soll es möglich sein, durch die Injektion einer nicht zu grossen Menge Salvarsan etwa in 90 % der Fälle eine sofortige Heilung herbeizuführen, und die übrigen 10 % sollen wenigstens sehr leicht verlaufen.

Ebenso soll die Framboesie durch eine einmalige Injektion zu heilen sein. Was die Heilwirkung dieses Mittels gegen die Syphilis angeht, so muss man hier in der Beurteilung der Wirkung naturgemäss sehr vorsichtig sein, da erst nach langen Jahren von wirklicher Heilung gesprochen werden kann. Dass glänzende Erfolge mit dem neuen Mittel erzielt worden sind in Fällen, die bisher jeder Behandlung trotzten, steht fest, und das Ziel der Therapie muss auch bei der Syphilis bleiben, durch eine einmalige Behandlung wirkliche Heilung zu erzielen. Laspeyres.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Verzeichnis der bei der Redaktion eingegangenen neuen Bücher etc.

„Der Baumeister". Monatshefte für Arckitektur und Baupraxis, hrsg. von Arch. Jansen & Müller, Berlin. Jahrg. 1911, Heft 3. Vierteljährlich 6.— M., einzelne Hefte (mit ca. 40 Abbild. und 10 Tafeln) 3.— M. Verlag von Georg D. Callwey, München.

Engel, S., Grundfragen des Kinderschutzes. Dresden 1911. O. V. Böhmert. Preis 5.— M.

Fujikawa, Dr. med. Y., Geschichte der Medizin in Japan. Hrsg. vom Kais. Japanischen Unterrichtsministerium, Tokyo 1911. Dresden 1911. C. C. Meinhold & Söhne.

Jahrbuch der Fürsorge Hrsg. von Prof. Dr. Chr. J. Klumker. 5. Jahrg. Dresden 1911. O. V. Böhmert.

Landeszentrale, Preuss., für Säuglingsschutz E. V. Bd. 1 der Veröffentlichungen: Das Haltekinderwesen in Preussen mit besonderer Berücksichtigung der Säuglinge und Kleinkinder. I.: Vorbericht und Materialien. Zusammengestellt v. Dr. scient. polit. Fr. Recke. Berlin 1911.

Meinholds „Erste Hilfe Tafeln". Für Unterrichtszwecke in den Schulen, in Krankenanstalten, Vereinen, Sanitätskolonnen usw. Unter ärztlicher und pädagogischer Anleitung hergestellt und von Kunstmaler J. Elssner künstlerisch bearbeitet. Blattgrösse 65×91 cm. In Farbendruck. Dresden 1911. C. C. Meinhold & Söhne. Preis pro Tafel 1.30 M.

Posner, C., Die Hygiene des männlichen Geschlechtslebens. Sechs Vorlesungen. Leipzig 1911. Quelle & Meyer. Preis geb. 1.25 M.

Rambousek, Dr. J., Gewerbliche Vergiftungen, deren Vorkommen, Erscheinungen, Behandlung, Verhütung. Leipzig 1911. Veit & Co. Preis 12.—, geb. 13.50 M.

Reitz, A., Die Milch und ihre Produkte. Leipzig 1911. B. G. Teubner. Preis geb. 1.25 M.

Setz, Max, Kleine und mittlere Krankenhäuser. Eine Sammlung, Darstellung und kritische Besprechung von 25 Krankenanstalten Österreichs, mit Ausschluss von Wien, bis zu einem Maximalbelage von 150 Krankenbetten. Wien 1911. Druckerei- und Verlagsaktiengesellschaft. Preis geb. 5.— M.

Stille, Dr. med. G., Sanitätsrat, Essbuch für Kopfarbeiter. Berlin 1911. Schweizer & Co. Preis 1.80 M.

Vogl, Dr. von, Die Armee, die schulentlassene Jugend und der Staat. München 1911. J. F. Lehmann's Verlag. Preis 1.20 M.

NB. Die für die Leser des „Centralblattes für allgemeine Gesundheitspflege" interessanten Bücher werden seitens der Redaktion zur Besprechung an die Herren Mitarbeiter versandt und Referate darüber, soweit der beschränkte Raum dieser Zeitschrift es gestattet, zum Abdruck gebracht. Eine Verpflichtung zur Besprechung oder Rücksendung nicht besprochener Werke wird in keinem Falle übernommen; es muss in Fällen, wo aus besonderen Gründen keine Besprechung erfolgt, die Aufnahme des ausführlichen Titels Verlegers und Preises an dieser Stelle den Herren Einsendern genügen.

Die Verlagsbuchhandlung.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Nachweisung über Krankenaufnahme und Bestand in den Krankenhäusern aus 48 Städten der Provinzen Westfalen, Rheinland und Hessen-Nassau pro Monat Januar 1911.

Städte	Krankenhäuser	Bestand am Schlusse des vorigen Monats	Bestand am Schlusse dieses Monats	Summe der Aufgenommenen	Krankheitsformen der Aufgenommenen: Pocken	Varizellen	Masern u. Röteln	Scharlach	Diphther. u. Kroup	Keuchhusten	Unterleibstyphus	Epid. Genickstarre	Ruhr	Brechdurchfall	Kindbettfieber	Wechselfieber	Rose	Zahl der Gestorbenen
Münster	Clemenshosp. u. Johannisstift	325	352	406	..	..	7	4	5	1	..	..	..	..	..	..	2	37
Bielefeld	städt. Krankenhaus	139	158	171	..	..	..	..	6	1	..	..	..	..	..	..	1	8
Minden	städtisches Krankenhaus	55	63	93	..	..	..	..	2¼	2	1	..	..	..	..	..	1	9
Herford	Friedrich-Wilhelm-Hospital	100	119	108	..	..	..	1	..	..	..	..	..	..	..	..	..	4
Hagen i. W.	städtisches Hospital	151	166	169	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1	7
Witten	Diakonissenhaus	211	255	277	..	..	1	7	13	..	1	..	..	..	..	..	..	16
Hamm	städtisches Krankenhaus	130	159	228	..	..	..	1	2	..	2	..	..	..	..	..	..	7
Iserlohn	Bethanien-Krankenhaus	105	112	112	..	..	..	1	2	1	..	..	..	..	..	..	1	8
Siegen	städt. Hospital	67	94	125	..	..	..	1	3	..	..	..	..	..	..	..	1	12
Gelsenkirchen	Marienhosp. u. ev. Krankenh.	485	616	765	..	..	..	36	4	..	1	1	..	1	2	..	1	39
Altena	Johanniter- u. St. Vincenz-Hosp.	72	94	114	..	..	..	..	1	..	..	..	..	..	..	..	..	5
Düsseldorf	evangelisches Krankenhaus	206	220	261	..	..	..	1	9	..	..	..	..	..	..	..	..	21
„	Marienhospital	282	325	347	..	..	..	5	4	..	..	..	..	1	..	..	3	26
Essen a. d. Ruhr	ev. Huyssenstift und Kruppsches Krankenhaus	505	571	1109	..	..	..	2	21	..	..	..	..	..	1	..	7	32
Elberfeld	St. Josephhospital	164	181	204	..	..	1	4	4	..	..	..	..	..	1	..	..	18
„	städtisches Krankenhaus	383	470	470	..	..	..	6	10	1	..	..	..	..	..	..	4	31
Barmen	„ „	223	287	383	..	..	..	..	12	..	..	..	..	..	1	..	4	42
Crefeld	„ „	274	307	284	..	..	..	10	6	..	..	..	..	..	1	..	..	34
Remscheid	„ „	93	107	173	..	..	..	7	2	..	..	..	..	..	..	..	1	10
M.-Gladbach	Bethesda- und Mariahilf-Krankenhaus	235	304	328	..	..	..	..	5	..	2	..	..	..	..	..	2	12
Solingen	städtisches Krankenhaus	172	165	170	..	..	5	4	6	1	2	..	..	3	2	..	2	17
Viersen	allgemeines „	70	65	36	..	..	..	3	..	..	..	..	..	..	..	..	..	2
Rheydt	städtisches „	107	133	129	..	..	..	..	2	..	3¼	..	..	..	..	..	..	7
Duisburg-Meiderich	St. Elisabeth- und Kaiser Wilhelm-Krankenhaus	200	226	316	..	..	3	5	4	..	2	..	..	..	..	..	..	7
Neuss	städtisches Krankenhaus	73	67	64	..	..	..	1	1	..	..	..	..	..	..	..	..	4
Oberhausen-Styrum	St. Josef-Krankenhaus	80	90	82	..	..	..	..	5	..	..	..	..	..	..	..	1	4
Ruhrort	Hanielstiftung	56	85	109	..	..	..	8	..	..	..	..	..	..	..	..	1	2
Odenkirchen	Kaiser Wilhelm-Krankenhaus	8	11	18	..	..	..	..	4	..	..	..	..	..	..	..	..	1
Hochemmerich, Kr. Mörs	Krankenhaus der Friedr. Alfr. Krupp-Hütte	15	15	15	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Aachen	Elisabeth- u. Mariahilf-Krkhs.	467	537	656	..	..	..	16	8	4	1	..	..	..	..	..	4	40
Aachen-Burtscheid	St. Marienhospital	172	182	161	..	..	..	..	1	..	..	..	..	..	..	..	..	6
Düren	städtisches Hospital	122	145	144	..	..	..	1	5	..	1	..	..	..	..	..	2	14
Eschweiler	St. Antoniushospital	97	112	91	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1	11
Eupen	St. Nikolaus-Krankenhaus	69	77	53	..	..	..	2	..	..	..	..	..	..	1	..	..	4
Stolberg	Bethlehemshospital	116	114	51	..	..	..	1	1	..	..	..	..	..	..	..	..	3
Cöln	Bürger- u. Augustahospital	704	852	993	..	..	3	..	18	11	2	..	..	..	..	..	4	73
Cöln-Deutz	städtisches Hospital	149	147	160	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	9
Cöln-Ehrenfeld	St. Franziskushospital	156	195	159	..	..	..	..	..	2	..	..	..	..	1	..	1	14
Mülheim a. Rh.	städt. u. Dreikönigenhospital	317	370	449	..	..	1	3	9	1	..	..	..	..	1	..	1	24
Cöln-Kalk	St. Josefhospital	175	199	199	..	..	1	1	8	..	..	..	..	6	..	..	1	14
Trier	städt. Hospital	146	160	130	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	13
Saarbrücken	Neues Krkhs. der Hospitalstift.	196	243	287	..	..	..	2	4	..	3	..	..	..	1	..	3	12
Coblenz	Bürgerhospital (städtisches)	207	247	375	..	..	..	1	12	..	..	..	..	..	..	..	1	25
Kreuznach	„	32	36	44	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	3
Neuwied	Krankenhaus d. Frauenvereins	126	148	136	..	..	2	1	5	..	..	..	..	..	..	..	..	9
Wiesbaden	städtisches Krankenhaus	289	342	567	..	1	6	3	26	..	1	..	..	1	..	..	1	37
Kassel	Landkrankenhaus	338	415	415	..	..	..	1	28	..	..	..	..	..	..	..	2	38
Fulda	„	205	229	236	..	..	..	2	13	..	..	..	..	..	1	..	3	19
Eschwege	„	23	43	70	..	..	1	..	4	..	1	..	..	..	..	..	..	4
Rinteln	„	43	43	36	..	..	..	3	..	..	1	..	..	..	..	..	..	4

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Sterblichkeits-Statistik von 51 Städten der Provinzen Westfalen, Rheinland und Hessen-Nassau pro Monat Januar 1911.

Monat Januar 1911	Einwohner-Zahl	Zahl der Lebend-geborenen	Verhältn.-Zahl der Geborenen auf 1000 Einw. und auf 1 Jahr	Zahl der Sterbefälle ausschl. Totgeborenen	Darunter Kinder unter 1 Jahr	Verhältn.-Zahl der Gestorbenen auf 1000 Einwohner u. auf 1 Jahr	Todesursachen: Infektions-Krankheiten: Kindbettfieber	Pocken	Scharlach	Masern und Röteln	Diphtheritis und Kroup	Keuchhusten	Typhus	Ruhr	Andere Infektionskrankh.	Magen- u. Darmkatarrh, Brechdurchfall, Atrophie der Kinder	Gewaltsamer Tod: Selbstmord	Mord u. Totschlag, sowie Hinrichtung	Verunglückung
Münster	92000	211	27,4	176	34	22,9	1	..	..	3	1	..	..	..	4	2	..	..	1
Bielefeld	79817	159	23,9	93	18	13,9	..	..	..	..	1	4	..	..	1	4	1	2	3
Paderborn	29526	92	36,8	37	4	14,8	..	..	..	..	..	..	..	..	..	4	..	..	..
Minden	26518	33	14,9	46	12	20,8	..	..	..	1	..	..	..	..	1	..	..	..	1
Dortmund	214793	620	34,0	299	97	16,4	1	..	2	7	5	3	1	..	..	14	4	1	6
Gelsenkirchen	170000	646	45,2	278	98	19,5	1	..	20	3	8	1	1	..	..	31	..	..	14
Bochum	133593	515	46,2	206	57	18,5	..	..	5	..	3	3	2	..	..	4	1	4	9
Hagen	88000	202	24,4	91	23	21,8	..	..	..	3	..	..	..	..	..	4	1	..	3
Herne	57350	209	44,0	81	29	17,0	..	..	1	4	1	2	..	..	..	6	..	..	4
Hamm	44901	143	35,7	62	18	15,5	1	..	..	1	..	..	1	..	..	5	1	..	1
Witten	37972	93	28,8	69	13	21,4	..	..	1	..	2	..	1	..	..	3	..	..	3
Lüdenscheid	32700	61	22,6	36	7	13,2	1	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	4
Iserlohn	31721	64	25,3	45	10	17,8	..	..	..	..	1	..	..	..	..	1	..	..	..
Siegen	27680	65	28,4	44	4	19,2	..	..	..	..	1	..	..	..	..	..	..	..	..
Schwelm	20000	43	25,3	26	3	15,3	..	..	..	1	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Lippstadt	16405	40	24,0	21	5	15,6	..	..	..	..	..	..	..	..	..	3	..	..	..
Altena	14500	34	28,2	21	6	17,4	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1
Düsseldorf	359200	829	27,2	469	103	15,4	1	..	2	6	5	4	..	..	1	14	11	1	6
Essen a. d. Ruhr	291971	786	32,3	353	111	14,5	..	..	4	4	12	7	1	..	..	19	2	..	16
Duisburg	229600	754	38,6	294	99	15,1	1	1	..	2	2	5	..	..	2	18	4	..	8
Elberfeld	169885	360	25,4	200	32	14,1	1	..	..	2	3	1	1	..	4	5	3	..	1
Barmen	169200	287	19,4	192	33	13,4	2	..	1	..	9	1	1	..	..	4	3	..	6
Crefeld	129000	212	19,7	196	25	18,2	..	..	..	1	1	1	..	..	1	1	2	..	2
Mülheim a. d. R.	113939	323	34,4	138	41	14,7	..	..	2	..	1	..	..	..	..	9	1	..	1
Remscheid	72118	129	21,9	77	20	13,1	..	..	..	..	..	2	..	..	..	2	2	..	..
M.-Gladbach	66601	187	23,7	93	21	16,7	..	..	..	..	3	..	..	..	..	3	..	..	..
Oberhausen	78000	222	39,9	115	37	20,7	..	..	1	2	3	..	1	..	..	1	..	..	7
Solingen	52460	87	20,0	70	11	16,1	..	..	..	4	3	..	..	..	..	1	..	..	2
Rheydt	45755	108	29,2	47	10	12,7	..	..	..	..	1	..	..	..	..	1	..	..	1
Neuss	37216	111	35,8	69	14	22,2	..	..	..	1	..	2	..	..	..	1	1	..	..
Viersen	30172	75	29,8	53	7	21,1	..	..	..	..	..	..	..	..	..	2	..	..	..
Wesel	24453	46	22,5	39	12	19,1	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1	..	..	1
Mörs	23378	81	40,8	40	14	20,5	..	..	..	..	..	..	..	..	..	5	..	..	..
Wermelskirchen	16376	38	27,8	12	2	8,8	..	..	2	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Ronsdorf	15376	29	22,6	13	1	7,8	..	..	3	..	..	..	..	..	..	2	..	..	..
Lennep	13125	24	21,6	14	1	12,6	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	2
Aachen	156355	386	29,6	270	47	20,7	1	..	1	..	4	6	1	..	..	11	2	..	3
Düren [1]	32460	65	23,6	77	6	27,9	..	..	..	..	2	..	..	..	..	..	1	..	2
Eschweiler	25201	71	34,0	54	10	26,0	..	..	..	..	1	..	..	..	..	3	..	..	1
Stolberg	15618	40	30,4	16	5	12,2	..	..	..	..	..	1	..	..	..	3	..	..	..
Eupen	13594	23	19,7	30	7	25,8	..	..	1	..	..	1	..	..	..	2	..	..	..
Cöln	517003	1252	28,4	771	185	17,5	2	..	1	4	24	6	1	..	9	43	5	..	13
Bonn [2]	91786	207	26,9	149	29	19,4	..	..	1	.	6	..	..	..	..	3	1	..	3
Mülheim a. Rh.	56082	119	25,0	70	11	14,7	..	..	..	..	4	..	..	..	..	2	..	..	..
Saarbrücken	102416	277	33,2	126	27	15,3	..	..	1	9	..	1	..	..	..	4	2	..	2
Trier	49647	78	18,7	96	17	23,0	..	..	..	..	..	..	1	..	..	2	..	..	..
Coblenz	59736	105	21,0	91	16	18,2	..	..	..	..	2	.	..	..	..	4	2	..	3
Kreuznach	24272	51	24,7	33	2	16,0	..	..	..	..	1	1	..	..	..	..	..	..	.
Neuwied	19552	29	18,2	29	5	18,2	..	..	..	2	..	1	..	..	..	1	..	..	1
Wiesbaden	114556	172	18,6	152	21	16,4	..	..	..	..	6	..	..	..	1	3	3	..	2
Kassel	152800	306	23,6	226	44	17,4	..	2	3	1	19	1	..	..	2	5	2	..	6

1) **Düren**: darunter 6,52 ‰ Sterbefälle Auswärtiger in Anstalten.
2) **Bonn**: darunter 5,85 ‰ Geburten und 5,20 ‰ Sterbefälle Auswärtiger in Anstalten.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Nachweisung über Krankenaufnahme und Bestand in den Krankenhäusern aus 45 Städten der Provinzen Westfalen, Rheinland und Hessen-Nassau pro Monat Februar 1911.

Städte	Krankenhäuser	Bestand am Schlusse des vorigen Monats	Bestand am Schlusse dieses Monats	Summe der Aufgenommenen	Krankheitsformen der Aufgenommenen: Pocken	Varizellen	Masern u. Röteln	Scharlach	Diphther. u. Kroup	Keuchhusten	Unterleibstyphus	Epid. Genickstarre	Ruhr	Brechdurchfall	Kindbettfieber	Wechselfieber	Rose	Zahl der Gestorbenen
Münster	Clemenshosp. u. Johannisstift	352	324	297	..	3	..	4	3	..	..	.	..	..	..	..	1	13
Bielefeld	städt. Krankenhaus	158	153	132	..	..	..	..	3	4	..	..	..	..	..	..	..	8
Minden	städtisches Krankenhaus	63	56	59	..	..	..	1	2	..	..	..	..	..	..	..	1	3
Herford	Friedrich Wilhelm-Hospital	119	107	87	..	..	..	1	2	..	1	..	..	..	..	..	1	7
Witten	Diakonissenhaus u. Marienhosp.	255	224	234	..	..	..	3	5	..	1	..	..	..	..	..	2	10
Hamm	städtisches Krankenhaus	159	157	168	..	..	..	..	..	..	1	..	..	..	..	..	1	7
Iserlohn	Bethanien-Krankenhaus	112	112	91	..	..	..	1	3	2	..	..	..	..	..	..	1	5
Siegen	städt. Hospital	94	84	94	..	..	..	1	1	..	1	..	..	..	..	..	..	5
Gelsenkirchen	Marienhospital u. ev. Krankenh.	616	496	614	..	..	4	26	6	..	1	1	..	..	2	..	..	31
Altena	Johanniter- u. St. Vincenz-Krkh.	94	86	91	..	..	..	..	1	..	..	..	..	..	..	..	..	3
Düsseldorf	evangelisches Krankenhaus	220	219	222	..	..	..	..	5	..	1	..	..	..	..	..	..	12
„	Marienhospital	325	309	277	..	..	2	5	11	..	..	..	..	..	..	..	3	..
Essen a. d. Ruhr	evang. Huyssenstift u. Krupp'sches Krankenhaus	571	535	967	..	..	..	..	17	..	2	..	..	..	4	..	7	29
Elberfeld	St. Josephshospital	181	195	186	..	..	..	4	2	..	1	..	..	..	..	..	..	11
„	städtisches Krankenhaus	470	398	398	..	3	1	8	3	5	1	1	..	..	..	..	1	16
Crefeld	„ „	307	312	241	..	..	..	6	5	..	..	..	..	..	..	..	..	23
Remscheid	„ „	107	118	150	..	..	..	2	4	..	..	..	..	..	1	..	1	4
M.-Gladbach	Bethesda- u. Mariahilf-Krkhs.	304	277	237	..	..	..	5	..	1	..	..	..	..	..	..	2	13
Solingen	städtisches Krankenhaus	165	157	150	..	..	3	4	4	1	3	..	..	2	2	..	1	22
Viersen	allgemeines „	65	75	36	..	..	..	..	..	..	2	..	..	..	..	..	..	1
Rheydt	städtisches „	133	94	68	..	..	..	..	3	..	..	..	..	..	..	..	..	3
Duisburg-Meiderich	St. Elisabeth- und Kais. Wilh.-Krankenhaus	226	206	270	..	..	..	5	6	.	3	..	..	..	..	..	1	11
Neuss	städtisches Krankenhaus	67	75	69	..	..	..	3	1	..	..	..	..	..	..	..	..	8
Oberhausen-Styrum	St. Josephs-Krankenhaus	90	110	90	..	..	..	..	3	..	2	..	..	..	..	..	2	3
Ruhrort	Hanielstiftung	85	71	101	..	..	..	1	1	..	..	..	..	..	..	..	2	1
Odenkirchen	Kaiser Wilhelm-Krankenhaus	11	9	9	..	..	..	..	2	..	..	..	..	..	..	..	..	2
Hochemmerich, Kr. Mörs	Krankenhaus der Friedr. Alfr. Krupp-Hütte	15	15	14	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Aachen	Elisabeth- u. Mariahilf-Krkhs.	537	563	563	..	1	..	25	2	2	..	1	..	..	..	..	1	29
Aachen-Burtscheid	St. Marienhospital	182	169	116	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1	3
Eschweiler	St. Antoniushospital	112	88	68	..	..	..	..	1	..	..	..	..	..	..	..	..	6
Eupen	St. Nikolauskrankenhaus	77	70	40	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	5
Stolberg	Bethlehemhospital	114	107	43	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Cöln	Bürger- u. Augustahospital	852	776	838	..	..	..	1	9	5	1	..	..	..	..	..	4	69
Cöln-Deutz	städtisches Hospital	147	136	100	..	..	..	..	1	..	..	..	..	..	..	..	1	11
Cöln-Ehrenfeld	St. Franziskushospital	195	165	109	..	..	..	..	..	..	2	..	..	..	..	..	2	16
Mülheim a. Rh.	städt. u. Dreikönigenhospital	370	335	356	..	..	..	1	8	..	..	..	..	..	..	..	2	23
Cöln-Kalk	St. Josephshospital	199	175	132	..	..	.	1	6	..	..	..	..	2	..	..	..	15
Trier	städt. Hospital	160	154	117	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1	..	..	6
Saarbrücken	Neues Krkhs. der Hospitalstift.	243	215	215	..	..	..	1	..	..	1	..	..	..	..	..	1	14
Coblenz	Bürgerhospital (städtisches)	247	242	280	..	..	..	..	8	..	..	..	..	..	..	..	..	23
Kreuznach	„ „	36	40	38	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1
Neuwied	Krankenhaus d. Frauenvereins	148	125	158	..	..	..	1	4	..	..	..	..	..	..	..	..	9
Wiesbaden	städtisches Krankenhaus	342	318	457	..	..	1	2	23	..	2	..	..	..	..	..	3	27
Kassel	Landkrankenhaus	415	404	350	..	..	2	13	18	..	..	..	..	..	..	..	1	27
Fulda	„	229	239	201	..	..	..	..	13	..	..	.	..	..	..	..	..	13
Eschwege	„	43	31	61	..	..	..	..	4	..	..	..	..	..	..	..	..	4
Rinteln	„	43	43	30	..	..	..	..	..	..	4	..	..	..	..	..	..	3

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Sterblichkeits-Statistik von 51 Städten der Provinzen Westfalen, Rheinland und Hessen-Nassau pro Monat Februar 1911.

Monat Februar 1911	Einwohner-Zahl	Zahl der Lebendgeborenen	Verhältn.-Zahl der Geborenen auf 1000 Einw. und auf 1 Jahr	Zahl der Sterbefälle ausschl. Totgeborenen	Darunter Kinder unter 1 Jahr	Verhältn.-Zahl der Gestorbenen auf 1000 Einwohner u. auf 1 Jahr	Todesursachen: Infektions-Krankheiten: Kindbettfieber	Pocken	Scharlach	Masern und Röteln	Diphtheritis und Kroup	Keuchhusten	Typhus	Ruhr	Andere Infektionskrankh.	Magen- u. Darmkatarrh, Brechdurchfall, Atrophie der Kinder	Gewaltsamer Tod: Selbstmord	Mord u. Totschlag, sowie Hinrichtung	Verunglückung
Münster	90283	175	22,7	96	16	12,4	..	..	..	2	1	1	..	..	1	2	1	..	..
Bielefeld	78324	129	19,3	73	13	10,9	1	..	..	..	1	..	..	..	..	1	1	..	..
Paderborn	29526	119	51,2	56	8	24,5	1	..	..	..	..	1	..	..	..	2	1	..	..
Minden	26518	48	21,7	31	9	14,0	1	..	..	..	..	..	..	..	..	3	..	..	1
Dortmund	215732	567	34,3	258	64	15,6	..	..	4	16	7	2	2	..	..	6	1	..	16
Gelsenkirchen	170000	565	39,5	212	59	14,8	..	..	14	..	9	2	..	..	..	18	1	..	4
Bochum	136916	463	41,5	184	42	16,5	..	..	5	..	2	2	..	..	..	5	..	5	..
Hagen	88625	202	28,2	104	24	14,6	..	..	..	1	1	..	2	..	..	2	2	..	2
Herne	57600	192	40,0	65	20	13,5	1	..	..	1	..	..	..	..	2	6	1	..	4
Hamm	43867	102	28,5	57	14	16,0	..	..	..	..	..	..	..	..	..	4	.	..	2
Witten	37422	73	23,4	46	5	14,8	..	..	1	..	1	..	..	..	..	3	..	..	1
Lüdenscheid	32700	72	26,4	29	8	10,6	..	..	1	1	..	..	..	..	..	1	..	..	2
Iserlohn	31294	48	18,9	37	3	14,6	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1	2	..	..
Siegen	27416	51	22,8	28	..	12,3	..	..	..	..	1	..	..	..	..	..	1	..	..
Schwelm	20432	46	27,6	11	3	6,6	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Lippstadt	16405	50	35,0	12	4	8,4	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1
Altena	14500	21	17,4	7	..	5,8	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Düsseldorf	359600	813	29,5	428	109	15,5	..	..	1	6	4	3	..	..	3	17	4	1	15
Essen a. d. Ruhr	293600	704	28,8	302	84	12,4	3	..	3	7	1	4	..	..	1	11	4	2	9
Duisburg	230500	654	37,0	253	68	14,3	..	..	2	2	3	..	..	..	2	20	3	1	10
Elberfeld	169912	321	19,7	183	36	11,2	..	1	3	2	2	2	..	..	8	4	1	..	4
Barmen	169400	283	21,8	151	28	11,6	1	..	..	..	..	2	..	..	..	4	3	..	3
Crefeld	129000	241	22,4	146	35	13,6	..	..	1	..	1	..	..	..	1	6	2	..	1
Mülheim a. d. R.	113076	285	30,2	122	31	12,9	1	..	..	1	2	..	..	..	..	4	1	..	2
Remscheid	72339	142	25,5	60	10	10,8	..	..	..	..	..	1	..	..	..	4	..	..	3
M.-Gladbach	66695	158	28,4	82	21	14,8	..	..	..	..	..	1	..	..	..	4	..	..	..
Oberhausen	89877	258	39,7	84	22	12,9	..	..	..	1	1	..	..	..	..	4	..	..	5
Solingen	50541	93	22,8	58	4	13,7	..	..	..	1	5	..	1	..	..	1	1	..	..
Rheydt	44319	115	31,1	41	11	11,1	..	..	..	..	2	..	..	..	..	..	..	..	2
Neuss	37231	86	27,6	55	15	17,7	..	..	..	..	..	3	..	..	..	1	..	..	1
Viersen	30172	74	29,4	31	6	12,3	..	..	..	..	1	..	..	..	..	1	..	..	1
Wesel	24453	60	29,4	29	8	14,2	..	..	..	..	..	1	..	..	..	2	1	..	..
Mörs	23434	69	33,8	30	10	12,0	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	3
Wermelskirchen	16376	29	21,3	16	4	16,7	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Ronsdorf	15376	21	16,4	13	4	10,0	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1	..	..
Lennep	13125	23	23,3	14	4	14,0	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Aachen	156589	339	26,0	199	29	15,2	..	..	1	..	1	1	..	..	..	6	1	..	3
Düren [1]	32460	86	34,6	43	14	18,9	..	..	..	..	..	..	..	..	..	2	..	..	2
Eschweiler	24740	52	25,2	28	6	13,5	..	..	..	1	..	1	..	..	..	1	..	..	1
Stolberg	15528	45	33,5	20	5	14,0	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Eupen	13540	22	17,6	32	3	25,6	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1	..	..	..
Cöln	517700	1200	30,2	702	147	17,7	2	..	2	5	14	6	..	..	4	33	14	..	10
Bonn [2]	89967	224	29,1	133	28	17,3	1	..	..	3	4	..	..	..	..	1	2	1	5
Mülheim a. Rh.	53428	105	23,6	64	16	14,4	..	..	..	..	2	2	..	..	..	4	1	..	1
Saarbrücken	105097	254	30,5	139	34	16,7	1	..	..	4	1	..	1	..	..	4	1	..	4
Trier	49647	107	26,7	78	11	19,5	..	..	..	1	..	..	..	..	..	2	..	..	..
Coblenz	56476	124	26,0	94	14	19,7	..	..	..	.	..	..	..	..	..	3	..	.	3
Kreuznach	23500	60	30,6	43	6	21,9	..	..	..	..	..	1	..	..	1	..	..	1	1
Neuwied	19107	29	19,1	32	6	20,2	..	..	..	2	5	..	..	..	..	..	..	..	3
Wiesbaden	109033	167	20,0	134	20	16,0	..	..	..	1	4	..	..	..	..	..	4	3	..
Kassel	152800	269	22,9	161	30	13,7	2	..	3	1	11	2	..	..	1	5	1	..	1

1) Düren: darunter 4,02 ‰ Sterbefälle Auswärtiger in Anstalten.
2) Bonn: darunter 5,46 ‰ Geburten und 3,37 ‰ Sterbefälle Auswärtiger in Anstalten.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Nachweisung über Krankenaufnahme und Bestand in den Krankenhäusern aus 48 Städten der Provinzen Westfalen, Rheinland und Hessen-Nassau pro Monat März 1911.

Städte	Krankenhäuser	Bestand am Schlusse des vorigen Monats	Bestand am Schlusse dieses Monats	Summe der Aufgenommenen	Krankheitsformen der Aufgenommenen: Pocken	Varizellen	Masern u. Röteln	Scharlach	Diphther. u. Kroup	Keuchhusten	Unterleibstyphus	Epid. Genickstarre	Ruhr	Brechdurchfall	Kindbettfieber	Wechselfieber	Rose	Zahl der Gestorbenen
Münster	Clemenshosp. u. Johannisstift	324	283	308	..	..	4	7	4	1	..	..	..	1	..	..	1	26
Bielefeld	städt. Krankenhaus	153	131	116	..	..	..	..	1	..	..	..	..	..	..	..	1	7
Minden	städtisches Krankenhaus	56	49	83	..	..	..	1	3	..	..	..	1	..	..	..	..	10
Herford	Friedrich Wilhelm-Hospital	107	94	92	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1	..	..	7
Hagen i. W.	städtisches Hospital	180	148	155	..	..	..	..	2	..	2	..	..	1	..	..	..	14
Witten	Diakonissenhaus u. Marienhosp.	224	236	226	..	..	..	2	1	..	..	..	..	..	2	..	..	13
Hamm	städtisches Krankenhaus	157	139	171	..	..	1	..	2	..	5	..	..	..	..	..	1	6
Iserlohn	Bethanien-Krankenhaus	112	104	116	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	9
Siegen	städt. Hospital	84	89	117	..	..	..	5	2	..	..	..	..	..	..	..	..	5
Gelsenkirchen	Marienhospital u. ev. Krankenh.	596	485	511	..	..	2	14	2	..	1	1	..	..	1	..	..	38
Altena	Johanniter- u. St. Vincenz-Krkh.	86	97	94	..	..	..	..	5	..	..	..	..	..	..	..	..	1
Düsseldorf	evangelisches Krankenhaus	219	215	240	..	..	..	..	6	..	..	..	..	..	1	..	..	18
„	Marienhospital	309	319	317	..	..	..	5	6	..	..	..	..	..	..	..	1	16
Essen a. d. Ruhr	evang. Huyssenstift u. Krupp'sches Krankenhaus	535	538	998	..	..	..	1	11	..	2	..	..	..	2	..	5	36
Elberfeld	St. Josephshospital	195	178	180	..	..	1	4	..	1	1	..	..	..	..	..	3	18
„	städtisches Krankenhaus	398	440	440	..	2	..	3	7	1	10	..	..	1	..	..	6	22
Barmen	„ „	280	245	353	..	..	..	4	3	..	1	1	..	..	..	..	2	24
Crefeld	„ „	312	321	268	..	..	..	16	9	2	..	..	..	..	..	..	..	18
Remscheid	„ „	118	109	170	..	..	..	..	4	..	..	..	..	..	..	..	1	6
M.-Gladbach	Bethesda- u. Mariahilf-Krkhs.	277	?	316	..	..	..	7	2	..	1	..	..	1	..	..	..	28
Solingen	städtisches Krankenhaus	150	160	174	..	2	5	4	4	2	3	..	..	5	2	..	1	11
Viersen	allgemeines „	75	100	91	..	..	..	..	4	..	..	..	..	..	..	..	..	3
Rheydt	städtisches „	94	73	89	..	..	..	..	5	..	..	..	..	..	..	..	..	4
Duisburg-Meiderich	St. Elisabeth- und Kais. Wilh.-Krankenhaus	206	226	251	..	..	..	9	4	..	..	..	..	..	..	..	..	9
Neuss	städtisches Krankenhaus	75	70	68	..	..	..	6	1	..	1	1	..	..	..	..	..	4
Oberhausen-Styrum	St. Josephs-Krankenhaus	110	99	115	..	..	..	1	2	..	1	..	..	..	..	..	..	1
Ruhrort	Hanielstiftung	71	73	94	..	..	..	3	1	..	..	1	..	..	..	..	..	7
Odenkirchen	Kaiser Wilhelm-Krankenhaus	9	16	19	..	..	..	..	2	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Hochemmerich, Kr. Mörs	Krankenhaus der Friedr. Alfr. Krupp-Hütte	15	16	23	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	3
Aachen	Elisabeth- u. Mariahilf-Krkhs.	563	547	474	..	2	..	13	13	5	..	1	..	..	..	..	4	41
Aachen-Burtscheid	St. Marienhospital	169	180	171	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	2
Düren	städtisches Hospital	158	132	146	..	..	..	1	3	..	1	..	..	1	..	..	1	8
Eschweiler	St. Antoniushospital	88	108	90	..	..	..	2	1	..	..	..	..	..	..	..	..	2
Eupen	St. Nikolauskrankenhaus	70	65	35	..	..	..	3	..	..	..	..	..	..	..	..	..	4
Stolberg	Bethlehemhospital	107	97	38	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	5
Cöln	Bürger- u. Augustahospital	776	830	954	..	1	9	..	8	..	2	..	..	..	..	..	3	79
Cöln-Deutz	städtisches Hospital	136	119	105	..	..	..	..	..	..	1	..	..	..	..	..	..	5
Cöln-Ehrenfeld	St. Franziskushospital	165	162	136	..	..	..	..	..	..	1	..	..	..	..	..	2	12
Mülheim a. Rh.	städt. u. Dreikönigenhospital	335	352	415	..	..	..	..	3	..	1	..	..	..	..	..	1	18
Cöln-Kalk	St. Josephshospital	175	178	194	..	..	..	1	13	..	..	..	..	..	1	..	..	13
Trier	städt. Hospital	154	143	95	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	10
Saarbrücken	Neues Krkhs. der Hospitalstift.	215	200	216	..	..	..	..	2	..	2	..	..	..	..	..	2	13
Coblenz	Bürgerhospital (städtisches)	242	263	349	..	..	7	9	8	..	..	..	..	..	..	..	..	14
Kreuznach	„ „	40	35	40	..	..	1	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	4
Neuwied	Krankenhaus d. Frauenvereins	125	120	135	..	..	..	..	4	..	1	..	..	..	..	..	1	12
Wiesbaden	städtisches Krankenhaus	318	343	469	..	..	..	4	8	2	2	..	..	1	..	..	7	28
Kassel	Landkrankenhaus	404	391	352	..	..	..	5	18	1	..	..	..	..	..	..	..	14
Fulda	„	239	239	244	..	..	..	..	9	..	8	..	..	..	..	..	1	17
Eschwege	„	31	18	56	..	..	1	..	6	..	..	..	..	..	..	..	1	3
Rinteln	„	42	45	44	..	..	..	1	..	..	3	..	..	..	..	..	..	..

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Sterblichkeits-Statistik von 51 Städten der Provinzen Westfalen, Rheinland und Hessen-Nassau pro Monat März 1911.

Monat März 1911	Einwohner-Zahl	Zahl der Lebendgeborenen	Verhältn.-Zahl der Geborenen auf 1000 Einw. und auf 1 Jahr	Zahl der Sterbefälle ausschl. Totgeborenen	Darunter Kinder unter 1 Jahr	Verhältn.-Zahl der Gestorbenen auf 1000 Einwohner u. auf 1 Jahr	Todesursachen: Infektions-Krankheiten: Kindbettfieber	Pocken	Scharlach	Masern und Röteln	Diphtheritis und Kroup	Keuchhusten	Typhus	Ruhr	Andere Infektionskrankh.	Magen- u. Darmkatarrh, Brechdurchfall, Atrophie der Kinder	Gewaltsamer Tod: Selbstmord	Mord u. Totschlag, sowie Hinrichtung	Verunglückung
Münster	91000	214	27,8	144	34	18,7	..	..	4	4	1	..	..	..	..	1	..	..	1
Bielefeld	78000	159	23,8	71	23	10,6	..	..	..	..	..	2	1	..	..	1	2	..	1
Paderborn	29526	97	38,8	46	13	18,4	2	..	..	..	..	..	..	1	..	..	..	..	..
Minden	26518	40	18,1	38	5	17,2	..	..	..	..	3	..	..	..	..	..	..	..	1
Dortmund	216220	640	34,9	286	72	15,6	..	..	2	11	9	4	..	..	5	15	3	1	20
Gelsenkirchen	170000	646	45,2	217	64	15,2	2	..	3	..	5	..	2	..	..	16	..	..	4
Bochum	136916	437	39,2	194	41	17,4	2	..	3	..	6	4	..	..	..	10	.	..	10
Hagen	88625	223	31,2	92	13	12,8	..	..	1	..	2	3	1	..	..	5	1	1	3
Herne	57650	216	45,0	62	18	12,8	..	..	1	1	2	..	..	..	..	7	..	..	2
Hamm	43793	138	34,5	62	19	15,5	..	..	..	1	..	..	1	..	1	6	..	..	1
Witten	37422	87	27,9	66	19	21,2	..	..	..	..	1	..	..	..	..	6	1	..	3
Lüdenscheid	32700	60	22,0	44	15	16,1	..	..	..	3	..	..	..	..	..	1	2	..	..
Iserlohn	31294	71	24,1	37	4	14,2	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	2	..	1
Siegen	27416	65	28,5	30	5	13,1	..	..	1	..	1	..	..	..	..	..	1	..	1
Schwelm	20432	47	28,2	19	4	11,4	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Lippstadt	16420	43	29,7	24	2	16,6	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1	1	..
Altena	14500	25	20,7	8	1	6,6	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1
Düsseldorf	362400	769	24,9	388	95	12,6	2	..	1	3	1	4	..	..	2	15	4	..	9
Essen a. d. Ruhr	294900	731	29,7	332	81	13,5	5	..	1	4	7	4	..	1	..	29	2	..	13
Duisburg	230700	710	36,2	301	91	15,4	..	..	1	..	..	5	..	..	..	27	4	..	13
Elberfeld	169573	351	24,8	194	36	13,7	..	..	3	4	2	1	1	..	..	7	1	..	4
Barmen	169300	347	24,1	170	41	11,8	1	..	1	..	4	..	..	..	1	4	4	..	2
Crefeld	129000	159	14,8	145	20	13,5	..	..	2	..	..	..	..	..	2	3	2	..	9
Mülheim a. d. R.	113322	303	32,1	123	33	13,0	..	..	..	1	5	2	..	..	..	16	6	..	5
Remscheid	72500	163	27,7	79	14	13,4	1	..	..	..	1	1	..	..	2	5	1	..	2
M.-Gladbach	66577	194	34,9	93	23	16,7	..	..	..	..	1	..	..	..	..	4	..	..	1
Oberhausen	89897	260	40,0	105	40	16,0	..	..	..	3	..	..	..	..	..	5	..	..	1
Solingen	50541	90	21,4	71	12	16,9	..	..	..	1	2	..	..	..	..	..	2	..	2
Rheydt	44300	116	31,5	54	11	14,7	..	..	..	..	1	..	..	..	..	..	..	..	..
Neuss	37216	123	39,6	55	23	17,7	..	..	..	..	..	1	..	..	..	4	1	..	2
Viersen	30172	92	36,6	38	10	15,1	..	..	..	..	1	..	..	..	..	3	..	..	1
Wesel	24453	49	24,0	27	5	13,2	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1	..	..	..
Mörs	23288	73	37,1	39	10	22,1	..	..	..	..	2	..	..	..	..	2	1	..	2
Wermelskirchen	16376	32	23,5	18	3	13,2	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1	..	1
Ronsdorf	15376	23	17,9	11	..	8,6	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1
Lennep	13114	35	31,5	12	..	10,8	..	..	1	..	1	..	..	..	..	1	..	..	..
Aachen	156646	347	26,6	210	41	16,1	1	..	..	..	2	1	..	..	..	10	3	..	5
Düren [1]	32361	69	25,1	46	9	16,7	..	..	..	..	1	..	..	..	..	..	..	..	4
Eschweiler	24740	61	29,6	41	8	19,9	..	..	..	..	..	..	..	..	..	2	..	..	..
Stolberg	15528	40	30,9	27	6	20,9	..	..	..	..	..	..	..	..	..	3	2	..	..
Eupen	13540	26	22,2	23	1	19,8	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Cöln	518267	1236	28,1	745	170	16,9	6	..	..	17	20	10	2	..	5	39	10	2	20
Bonn [2]	89967	242	31,5	167	31	21,7	1	..	1	3	2	..	..	..	1	3	1	..	2
Mülheim a. Rh.	53428	131	29,4	66	16	14,8	..	..	1	..	1	2	..	..	..	4	..	..	1
Saarbrücken	105097	286	34,3	116	30	13,9	1	..	..	4	..	1	..	..	..	7	3	..	2
Trier	49647	101	24,2	70	12	16,8	1	..	..	2	..	2	..	..	..	2	1	..	1
Coblenz	56478	111	22,2	66	14	13,2	..	..	..	..	2	1	..	..	..	7	1	1	..
Kreuznach [3]	24272	42	20,4	42	9	20,3	..	..	..	..	1	..	..	..	1	1	2	..	1
Neuwied	19167	35	22,0	33	6	20,7	..	..	..	..	1	..	1	..	..	..	..	..	1
Wiesbaden	109033	190	20,6	138	19	14,9	..	..	..	..	2	..	..	..	1	1	11	..	1
Kassel	152500	329	25,4	159	38	12,3	1	..	6	2	12	..	..	..	..	9	4	..	4

1) Düren: darunter 5,45‰ Sterbefälle Auswärtiger in Anstalten.
2) Bonn: darunter 5,20‰ Geburten und 6,89‰ Sterbefälle Auswärtiger in Anstalten.
3) Kreuznach: darunter 1,45‰ Sterbefälle Auswärtiger in Anstalten.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:57 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Nachweisung über Krankenaufnahme und Bestand in den Krankenhäusern aus 48 Städten der Provinzen Westfalen, Rheinland und Hessen-Nassau pro Monat April 1911.

Städte	Krankenhäuser	Bestand am Schlusse		Summe der Aufgenommenen	Krankheitsformen der Aufgenommenen												Zahl der Gestorbenen
		des vorigen Monats	dieses Monats		Pocken	Varizellen	Masern u. Röteln	Scharlach	Diphther. u. Kroup	Keuchhusten	Unterleibstyphus	Epid. Genickstarre	Ruhr	Brechdurchfall	Kindbettfieber	Wechselfieber	Rose	
Münster	Clemenshosp. u. Johannisstift	283	266	247	..	..	9	6	5	..	1	..	..	..	..	..	1	15
Bielefeld	städt. Krankenhaus	131	124	96	..	..	..	..	1	..	..	..	..	..	..	1	..	9
Minden	städtisches Krankenhaus	49	60	79	..	..	..	..	3	..	..	..	..	..	..	..	..	3
Herford	Friedrich-Wilhelm-Hospital	94	76	72	..	..	..	3	1	..	..	..	..	..	..	..	..	5
Hagen i. W.	städtisches Hospital	148	143	120	..	..	..	..	3	..	1	1	..	..	..	..	..	14
Witten	Diakonissenhaus	236	201	168	..	..	..	..	4	..	..	..	..	..	..	..	1	17
Hamm	städtisches Krankenhaus	139	131	151	..	..	..	..	..	..	2	..	..	..	..	..	1	9
Iserlohn	Bethanien-Krankenhaus	104	97	107	..	..	..	..	3	..	..	..	..	..	..	..	..	6
Siegen	städt. Hospital	89	73	88	..	..	1	..	4	..	3	..	..	..	..	..	1	8
Gelsenkirchen	Marienhosp. u. ev. Krankenh.	485	461	493	..	..	..	19	8	..	3	1	..	..	1	..	..	32
Altena	Johanniter- u. St. Vincenz-Hosp.	97	69	87	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1	5
Düsseldorf	evangelisches Krankenhaus	215	191	193	..	..	1	..	1	..	..	..	..	..	..	..	..	16
„	Marienhospital	319	296	268	..	..	..	8	4	..	2	..	..	..	..	..	3	31
Essen a. d. Ruhr	ev. Huyssenstift und Kruppsches Krankenhaus	538	520	887	..	..	..	..	10	..	..	..	..	..	3	..	7	33
Elberfeld	St. Josephhospital	178	165	142	..	..	2	1	1	..	..	..	..	..	..	..	3	18
„	städtisches Krankenhaus	440	449	382	..	..	1	5	5	1	..	1	..	..	1	..	6	20
Barmen	„ „	245	241	290	..	..	..	2	9	..	1	4	..	1	1	..	2	20
Crefeld	„ „	321	260	198	..	..	..	7	1	..	..	..	..	..	..	..	2	22
Remscheid	„ „	109	?	?	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
M.-Gladbach	Bethesda- und Mariahilf-Krankenhaus	?	?	319	..	..	..	3	4	2	1	..	..	..	..	..	4	19
Solingen	städtisches Krankenhaus	160	149	168	..	..	3	4	4	1	4	..	..	1	1	1	3	16
Viersen	allgemeines „	100	82	86	..	..	..	..	1	..	..	..	..	..	..	..	..	5
Rheydt	städtisches „	73	81	77	..	..	..	1	2	..	1	..	..	..	..	..	1	8
Duisburg-Meiderich	St. Elisabeth- und Kaiser Wilhelm-Krankenhaus	226	164	184	..	..	..	3	2	..	..	..	..	..	..	..	1	10
Neuss	städtisches Krankenhaus	70	64	58	..	..	..	4	2	..	1	1	..	..	1	..	..	6
Oberhausen-Styrum	St. Josef-Krankenhaus	99	90	112	..	..	4	1	3	..	2	..	..	..	1	..	..	3
Ruhrort	Hanielstiftung	73	69	54	..	..	..	2	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1
Odenkirchen	Kaiser Wilhelm-Krankenhaus	16	16	17	..	..	..	..	2	..	..	..	..	..	..	..	..	2
Hochemmerich, Kr. Mörs	Krankenhaus der Friedr. Alfr. Krupp-Hütte	16	15	15	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Aachen	Elisabeth- u. Mariahilf-Krkhs.	547	467	488	..	..	..	8	9	6	3	..	..	..	..	..	1	39
Aachen-Burtscheid	St. Marienhospital	180	175	151	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	2
Düren	städtisches Hospital	132	154	134	..	..	..	8	3	..	1	..	..	..	..	..	1	13
Eschweiler	St. Antoniushospital	108	102	77	..	..	..	4	2	..	..	..	..	..	..	..	..	3
Eupen	St. Nikolaus-Krankenhaus	65	57	31	..	..	..	..	..	..	1	..	..	..	..	..	..	6
Stolberg	Bethlehemshospital	97	94	41	..	..	..	..	1	..	..	..	..	..	..	..	..	8
Cöln	Bürger- u. Augustahospital	830	804	834	..	3	15	..	10	5	5	..	..	..	..	..	1	64
Cöln-Deutz	städtisches Hospital	119	126	?	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Cöln-Ehrenfeld	St. Franziskushospital	162	153	110	..	..	..	..	..	2	..	..	..	3	1	..	2	19
Mülheim a. Rh.	städt. u. Dreikönigenhospital	352	290	327	..	..	..	..	7	..	..	..	..	..	..	..	..	20
Cöln-Kalk	St. Josefhospital	178	150	159	..	..	4	2	12	..	..	..	..	..	..	..	1	6
Trier	städt. Hospital	143	138	80	..	..	..	..	..	1	..	..	..	..	..	..	..	5
Saarbrücken	Neues Krkhs. der Hospitalstift.	200	209	209	..	..	2	..	9	..	3	..	..	..	1	..	..	21
Coblenz	Bürgerhospital (städtisches)	263	212	270	..	..	6	3	10	..	..	..	..	..	..	..	3	26
Kreuznach	„	35	26	19	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	3
Neuwied	Krankenhaus d. Frauenvereins	120	120	150	..	..	1	2	6	..	..	..	..	..	..	..	1	12
Wiesbaden	städtisches Krankenhaus	343	334	300	..	3	1	1	14	..	1	..	..	..	..	..	2	43
Kassel	Landkrankenhaus	391	357	308	1	..	..	4	21	..	1	1	..	..	..	..	2	30
Fulda	„	239	201	199	2	..	..	..	8	..	..	..	..	..	..	..	1	21
Eschwege	„	18	29	42	..	..	3	..	5	..	..	..	..	..	..	..	..	4
Rinteln	„	45	36	21	..	..	..	3	..	..	..	..	..	..	..	..	..	2

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Sterblichkeits-Statistik von 51 Städten der Provinzen Westfalen, Rheinland und Hessen-Nassau pro Monat April 1911.

Monat April 1911	Einwohner-Zahl	Zahl der Lebend-geborenen	Verhältn.-Zahl der Geborenen auf 1000 Einw. und auf 1 Jahr	Zahl der Sterbefälle ausschl. Totgeborenen	Darunter Kinder unter 1 Jahr	Verhältn.-Zahl der Gestorbenen auf 1000 Einwohner u. auf 1 Jahr	Todesursachen: Infektions-Krankheiten: Kindbettfieber	Pocken	Scharlach	Masern und Röteln	Diphtheritis und Kroup	Keuchhusten	Typhus	Ruhr	Andere Infektionskrankh.	Magen- u. Darmkatarrh, Brechdurchfall, Atrophie der Kinder	Gewaltsamer Tod: Selbstmord	Mord u. Totschlag, sowie Hinrichtung	Verunglückung
Münster	91000	195	25,4	114	19	24,8	..	..	2	2	2	1	..	..	..	3	2	..	1
Bielefeld	78000	134	20,1	56	10	8,4	..	..	..	1	..	2	..	..	..	1	3	..	3
Paderborn	29526	91	38,2	39	11	16,4	..	..	..	..	..	..	..	..	..	2	..	..	..
Minden	26518	51	28,1	24	5	10,8	..	..	..	..	1	..	..	..	..	..	..	..	..
Dortmund	216835	552	30,9	276	85	15,5	1	..	6	7	5	1	2	..	1	26	2	..	15
Gelsenkirchen	170000	573	40,1	190	71	13,3	..	..	1	..	3	2	1	..	..	18	..	..	5
Bochum	136916	435	39,1	200	49	17,9	1	..	4	3	5	2	..	..	..	9	3	..	2
Hagen	89000	206	28,8	108	20	15,1	..	..	..	2	2	..	1	..	..	3	1	..	3
Herne	57600	211	43,6	84	37	17,4	2	..	..	..	1	3	..	..	1	10	1	1	2
Hamm	43768	124	31,0	62	13	15,5	..	..	..	..	..	..	..	..	2	3	2	..	..
Witten	37422	71	22,8	56	10	18,0	..	..	..	..	1	..	..	..	..	1	1	..	2
Lüdenscheid	33000	68	25,0	34	5	12,4	..	..	..	..	2	..	..	..	..	3	..	..	..
Iserlohn	31294	66	25,3	30	5	11,2	..	..	..	..	1	..	..	..	..	1	..	..	..
Siegen	27416	77	33,7	43	4	18,8	..	..	..	..	3	..	..	..	..	1	..	..	1
Schwelm	20422	45	27,0	25	2	15,0	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1	..	..
Lippstadt	16420	41	28,3	17	5	11,3	1	..	..	..	..	..	..	..	..	2	..	..	1
Altena	14500	27	22,3	25	3	20,7	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1	..	..
Düsseldorf	364600	862	28,8	392	87	13,1	..	..	2	3	3	3	1	..	1	16	6	..	9
Essen a. d. Ruhr	296774	735	29,6	340	91	13,7	2	..	7	3	3	4	..	..	..	17	3	..	17
Duisburg	231600	657	34,5	297	91	15,6	..	..	2	1	7	6	..	..	1	19	2	1	11
Elberfeld	169493	355	25,1	211	47	14,9	..	..	..	8	2	..	1	..	3	5	4	..	3
Barmen	168900	302	26,4	167	31	14,6	1	..	1	..	1	2	..	..	2	1	2	..	..
Crefeld	129000	242	22,5	142	20	13,2	..	..	..	..	1	..	..	..	..	6	4	..	3
Mülheim a. d. R.	113715	270	28,5	123	31	12,9	1	..	1	1	2	..	..	..	..	6	2	..	2
Remscheid	72700	133	22,6	81	12	13,8	1	..	..	..	1	1	..	..	2	4	1	..	2
M.-Gladbach	66709	189	34,0	86	16	15,5	..	..	1	..	2	..	..	..	..	1	1	..	1
Oberhausen	89897	264	40,6	110	34	16,9	..	..	..	2	1	..	..	..	..	9	..	..	3
Solingen	50541	92	21,8	52	4	12,0	..	..	..	2	1	1	..	..	..	..	..	..	1
Rheydt	44267	104	28,2	48	8	13,0	..	..	..	..	1	..	..	..	..	1	1	..	1
Neuss	37216	108	34,8	70	14	22,6	..	..	..	..	1	..	1	..	1	3	1	..	3
Viersen	30172	78	31,0	30	5	11,9	..	..	..	..	..	..	..	..	..	2	..	..	1
Wesel	24453	55	27,0	24	7	11,7	..	..	..	..	1	..	..	..	..	1	..	..	1
Mörs	23333	60	38,6	29	11	14,9	..	..	..	..	..	..	..	..	..	5	..	..	2
Wermelskirchen	16376	18	13,2	20	4	14,7	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1	..	..	..
Ronsdorf	15376	39	30,4	11	2	8,6	..	..	..	..	..	..	..	..	1	..	..	..	..
Lennep	13210	36	32,4	21	1	18,9	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Aachen	156894	302	23,1	205	40	15,7	..	..	1	..	..	2	..	..	..	8	1	..	3
Düren [1]	32288	66	24,8	49	8	18,5	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1	..	..	1
Eschweiler	24740	78	37,8	40	5	19,4	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1
Stolberg	15630	37	28,1	24	7	18,2	..	..	..	..	..	2	1	..	..	4	..	..	..
Eupen	13540	27	23,3	21	1	18,0	..	..	..	..	..	..	1	..	..	..	..	..	..
Cöln	519100	1167	27,3	625	151	14,6	1	..	2	15	13	13	..	..	6	36	10	..	22
Bonn [2]	89967	231	30,0	129	18	16,8	1	..	..	1	2	..	..	..	..	4	2	..	..
Mülheim a. Rh.	53601	122	27,3	58	11	12,9	..	..	..	..	..	1	..	..	..	4	..	..	2
Saarbrücken	105097	263	31,5	128	31	15,4	..	..	..	1	..	..	..	..	..	3	5	..	7
Trier	49647	96	23,0	73	7	17,5	..	..	1	1	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Coblenz	56478	110	22,0	99	17	19,8	..	..	..	1	..	1	..	..	..	2	1	..	1
Kreuznach [3]	24272	36	17,4	36	4	14,5	..	..	..	..	..	..	..	..	3	1	4	..	..
Neuwied	19167	48	30,1	30	2	18,9	..	..	..	..	2	..	..	..	..	1	..	..	1
Wiesbaden	108398	178	19,9	156	22	17,5	1	..	..	..	2	..	..	..	1	3	5	..	1
Kassel	152600	290	23,1	180	33	14,4	..	..	4	1	4	..	..	..	..	4	5	..	3

1) **Düren**: darunter 4,14 ‰ Sterbefälle Auswärtiger in Anstalten.
2) **Bonn**: darunter 5,59 ‰ Geburten und 5,20 ‰ Sterbefälle Auswärtiger in Anstalten.
3) **Kreuznach**: darunter 2,42 ‰ Sterbefälle Auswärtiger in Anstalten.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Nachweisung über Krankenaufnahme und Bestand in den Krankenhäusern aus 48 Städten der Provinzen Westfalen, Rheinland und Hessen-Nassau pro Monat Mai 1911.

Städte	Krankenhäuser	Bestand am Schlusse: des vorigen Monats	Bestand am Schlusse: dieses Monats	Summe der Aufgenommenen	Krankheitsformen der Aufgenommenen: Pocken	Varizellen	Masern u. Röteln	Scharlach	Diphther. u. Kroup	Keuchhusten	Unterleibstyphus	Epid. Genickstarre	Ruhr	Brechdurchfall	Kindbettfieber	Wechselfieber	Rose	Zahl der Gestorbenen
Münster	Clemenshosp. u. Johannisstift	266	288	283	..	..	2	4	3	..	..	..	..	4	..	..	3	16
Bielefeld	städt. Krankenhaus	124	117	128	..	..	..	2	..	..	..	..	..	..	..	..	1	14
Minden	städtisches Krankenhaus	60	50	74	..	..	..	..	1	..	..	..	..	..	..	..	..	2
Herford	Friedrich-Wilhelm-Hospital	76	77	97	..	..	..	5	1	..	1	..	..	..	..	..	..	3
Hagen i. W.	städtisches Hospital	143	143	153	..	..	..	..	..	1	..	..	..	..	..	1	1	15
Witten	Diakonissenhaus	201	187	194	..	..	..	3	1	..	..	..	..	..	..	..	..	16
Hamm	städtisches Krankenhaus	131	141	165	..	..	..	..	3	..	2	..	..	..	..	..	..	3
Iserlohn	Bethanien-Krankenhaus	97	88	93	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	4
Siegen	städt. Hospital	73	78	98	..	..	..	2	3	..	2	..	..	..	..	..	..	5
Gelsenkirchen	Marienhosp. u. ev. Krankenh.	461	514	593	..	8	15	20	5	9	6	1	1	17	..	..	1	27
Altena	Johanniter- u. St. Vincenz-Hosp.	69	67	78	..	..	..	..	..	..	1	..	..	..	..	..	..	2
Düsseldorf	evangelisches Krankenhaus	191	195	219	..	..	..	..	1	..	..	..	..	..	..	..	..	14
„	Marienhospital	296	331	351	..	..	..	8	4	..	..	..	..	..	..	..	5	22
Essen a. d. Ruhr	ev. Huyssenstift und Kruppsches Krankenhaus	520	544	994	..	5	5	1	6	..	1	..	..	..	1	..	3	36
„ „	städt. Krankenanstalten	356	336	448	..	1	3	20	4	..	1	..	..	..	..	..	1	37
Elberfeld	St. Josephhospital	165	158	158	..	..	2	5	3	..	..	1	..	..	..	..	..	8
„	städtisches Krankenhaus	449	386	389	..	..	8	3	7	2	..	1	..	1	..	..	4	14
Barmen	„ „	241	?	?	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Crefeld	„ „	260	269	251	..	.	..	3	4	1	1	..	..	..	..	..	1	25
Remscheid	„ „	?	?	?	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
M.-Gladbach	Bethesda- und Mariahilf-Krankenhaus	?	279	293	..	..	..	..	2	2	1	..	..	1	..	..	1	19
Solingen	städtisches Krankenhaus	149	142	166	..	..	3	4	5	1	3	4	..	1	3	1	2	15
Viersen	allgemeines „	82	89	82	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	2
Rheydt	städtisches „	81	79	75	..	..	..	..	3	..	1	..	..	..	..	..	..	9
Duisburg-Meiderich	St. Elisabeth- und Kaiser Wilhelm-Krankenhaus	164	160	201	..	..	..	..	2	..	..	..	..	..	..	..	..	8
Neuss	städtisches Krankenhaus	64	65	53	..	..	2	4	2	..	1	..	..	..	..	..	..	4
Oberhausen-Styrum	St. Josef-Krankenhaus	90	90	104	..	..	16	1	1	..	..	..	2	..	..	..	..	3
Ruhrort	Hanielstiftung	69	55	81	..	..	1	3	..	..	..	..	..	..	..	1	..	3
Odenkirchen	Kaiser Wilhelm-Krankenhaus	16	13	10	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Hochemmerich, Kr. Mörs	Krankenhaus der Friedr. Alfr. Krupp-Hütte	15	15	14	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Aachen	Elisabeth- u. Mariahilf-Krkhs.	467	489	584	..	..	1	18	3	7	4	..	..	..	..	..	4	28
Aachen-Burtscheid	St. Marienhospital	175	177	166	..	..	..	..	..	..	2	..	..	..	..	..	..	7
Düren	städtisches Hospital	154	139	151	..	..	..	3	5	..	2	..	..	2	..	..	..	8
Eschweiler	St. Antoniushospital	102	93	70	..	.	..	2	..	..	1	..	..	..	..	..	1	4
Eupen	St. Nikolaus-Krankenhaus	57	71	45	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	3
Stolberg	Bethlehemshospital	94	91	50	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1	..	..	3
Cöln	Bürger- u. Augustahospital	804	835	921	..	..	41	..	5	7	2	..	..	..	..	..	1	65
Cöln-Deutz	städtisches Hospital	126	135	126	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	5
Cöln-Ehrenfeld	St. Franziskushospital	153	132	102	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	2	..	2	5
Mülheim a. Rh.	städt. u. Dreikönigenhospital	290	346	435	..	..	..	5	7	..	3	..	..	..	..	..	4	19
Cöln-Kalk	St. Josefhospital	150	163	165	..	..	1	11	7	..	..	..	..	..	..	..	..	13
Trier	städt. Hospital	138	144	89	..	..	..	..	..	4	..	..	..	..	..	..	..	8
Saarbrücken	Neues Krkhs. der Hospitalstift.	209	167	211	..	..	1	..	..	..	1	..	..	1	2	..	..	22
Coblenz	Bürgerhospital (städtisches)	212	200	313	..	..	4	8	7	..	..	..	..	..	..	..	2	26
Kreuznach	„	26	29	50	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	4
Neuwied	Krankenhaus d. Frauenvereins	120	111	143	..	..	..	..	2	..	..	..	..	..	..	..	..	8
Wiesbaden	städtisches Krankenhaus	334	?	340	..	1	3	2	19	1	..	..	..	..	..	..	3	..
Kassel	Landkrankenhaus	357	365	353	1	..	..	5	20	..	3	..	..	..	..	..	2	29
Fulda	„	201	246	251	2	..	..	..	10	..	..	..	..	..	..	..	2	12
Eschwege	„	29	?	?	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Rinteln	„	36	30	28	..	..	..	2	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Sterblichkeits-Statistik von 51 Städten der Provinzen Westfalen, Rheinland und Hessen-Nassau pro Monat Mai 1911.

Monat Mai 1911	Einwohner-Zahl	Zahl der Lebendgeborenen	Verhältn.-Zahl der Geborenen auf 1000 Einw. und auf 1 Jahr	Zahl der Sterbefälle ausschl. Totgeborenen	Darunter Kinder unter 1 Jahr	Verhältn.-Zahl der Gestorbenen auf 1000 Einwohner u. auf 1 Jahr	Todesursachen: Infektions-Krankheiten: Kindbettfieber	Pocken	Scharlach	Masern und Röteln	Diphtheritis und Kroup	Keuchhusten	Typhus	Ruhr	Andere Infektionskrankh.	Magen- u. Darmkatarrh, Brechdurchfall, Atrophie der Kinder	Gewaltsamer Tod: Selbstmord	Mord u. Totschlag, sowie Hinrichtung	Verunglückung
Münster	91000	189	24,6	94	23	12,2	1	..	..	1	1	1	..	..	..	5	1	..	2
Bielefeld	79230	164	24,6	86	20	11,4	..	..	..	..	1	..	..	..	2	6	3	..	1
Paderborn	29526	102	40,8	37	7	14,8	1	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Minden	26518	46	20,8	14	3	6,3	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Dortmund	217741	616	33,3	246	78	13,3	..	..	5	1	5	2	..	..	3	17	4	1	11
Gelsenkirchen	170000	605	42,3	187	67	13,1	1	..	4	..	1	7	..	..	1	18	1	..	10
Bochum	136916	460	41,3	170	50	15,2	1	..	4	1	5	..	..	..	..	10	1	..	4
Hagen	89000	244	34,2	103	22	24,7	..	..	..	..	2	1	1	..	..	2	2	..	6
Herne	57060	214	45,0	73	31	15,3	1	..	2	1	1	1	1	..	1	8	1	..	4
Hamm	44047	136	38,0	49	16	13,7	..	..	..	..	..	1	1	..	..	3	..	..	2
Witten	37422	79	25,3	53	8	17,0	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1	1	..	2
Lüdenscheid	33000	62	22,6	23	4	9,2	..	..	..	..	..	..	..	..	..	2	..	..	..
Iserlohn	31294	80	30,4	30	10	11,4	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1	..	..	..
Siegen	27416	61	26,6	28	5	12,2	..	..	..	..	2	..	..	..	..	1	1	..	..
Schwelm	20432	51	30,6	25	4	15,0	1	..	..	..	..	..	..	..	..	1	..	..	..
Lippstadt	16383	47	28,2	19	3	11,4	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Altena	14500	33	26,4	24	7	19,9	..	..	..	2	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Düsseldorf	366800	845	27,1	375	99	12,0	1	..	..	1	1	..	2	..	1	23	7	..	13
Essen a. d. Ruhr	298476	721	28,9	292	70	11,7	5	1	3	7	5	3	..	1	4	14	2	..	13
Duisburg	232600	726	36,8	236	98	11,9	..	..	4	2	..	2	2	..	..	29	..	..	15
Elberfeld	169883	352	24,8	161	30	11,4	..	..	..	7	..	2	..	..	5	6	5	..	2
Barmen	169300	282	19,6	158	20	11,0	3	..	..	1	..	1	..	..	4	3	1	..	2
Crefeld	129000	233	21,7	118	16	11,0	..	..	..	..	..	..	..	..	..	4	..	..	5
Mülheim a. d. R.	114052	302	31,7	138	28	14,5	..	..	1	..	..	..	..	..	..	7	1	..	13
Remscheid	73143	141	25,3	64	17	11,5	..	..	2	1	1	1	..	..	1	2	1	..	1
M.-Gladbach	66734	196	35,3	85	18	15,3	..	..	..	..	1	..	..	..	..	4	..	..	3
Oberhausen	89897	285	43,8	120	48	17,2	1	..	..	2	1	..	1	..	1	4	..	1	2
Solingen	50541	104	24,6	65	10	15,4	..	..	..	2	2	..	..	..	1	4	2	..	..
Rheydt	44354	87	23,5	42	8	11,3	..	..	1	..	1	..	..	..	..	..	..	..	..
Neuss	37216	99	31,9	52	15	16,7	..	..	..	..	2	4	1	..	..	6	..	..	4
Viersen	30172	78	31,0	42	8	16,7	..	..	..	..	..	..	..	..	..	2	1	..	..
Wesel	24453	52	25,5	18	4	8,8	..	..	..	..	1	..	..	..	..	..	..	..	1
Mörs	23534	75	30,0	27	6	10,4	..	..	..	..	..	..	1	..	..	..	..	..	..
Wermelskirchen	16376	32	23,5	11	..	8,0	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1	..	1
Ronsdorf	15376	31	24,2	13	1	7,8	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Lennep	13185	?	?	16	3	16,0	..	..	1	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Aachen	156973	333	25,5	179	35	13,7	1	..	1	..	1	..	..	..	..	12	4	..	6
Düren [1]	32367	83	30,2	44	9	16,0	..	..	..	..	1	..	1	..	..	3	..	..	..
Eschweiler	24740	68	32,9	34	8	16,5	..	..	..	..	..	2	..	..	1	3	..	..	4
Stolberg	15680	38	28,8	18	4	13,6	..	..	..	..	..	..	..	..	..	3	1	..	..
Eupen	13540	20	17,7	13	1	12,2	..	..	1	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Cöln	520200	1228	27,8	691	181	15,6	2	..	5	26	12	12	..	..	6	50	12	2	26
Bonn [2]	89967	247	32,1	179	34	23,2	..	..	1	3	1	..	..	..	..	9	5	..	2
Mülheim a. Rh.	53656	103	23,0	72	19	16,1	..	..	..	..	..	1	1	..	..	3	1	..	1
Saarbrücken	105097	259	31,1	130	36	15,6	2	..	1	1	..	..	..	..	..	9	3	..	3
Trier	49647	90	22,5	77	12	19,3	..	..	..	1	..	..	1	..	..	3	..	..	..
Coblenz	56478	109	23,8	75	21	15,7	..	..	2	1	1	..	..	..	..	9	3	..	2
Kreuznach [3]	24900	46	22,1	36	5	17,3	..	..	..	..	..	1	1	..	..	..	..	..	1
Neuwied	19107	43	25,8	24	4	14,4	..	..	..	..	..	..	1	..	..	..	1	..	..
Wiesbaden	108568	159	17,2	122	13	13,2	..	..	..	..	..	..	..	..	3	2	2	..	1
Kassel	153100	315	24,2	172	34	13,2	1	..	1	2	6	..	2	..	2	6	6	..	1

1) Düren: darunter 4,36 ‰ Sterbefälle Auswärtiger in Anstalten.
2) Bonn: darunter 5,46 ‰ Geburten und 6,24 ‰ Sterbefälle Auswärtiger in Anstalten.
3) Kreuznach: darunter 4,32 ‰ Sterbefälle Auswärtiger in Anstalten.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Nachweisung über Krankenaufnahme und Bestand in den Krankenhäusern aus 48 Städten der Provinzen Westfalen, Rheinland und Hessen-Nassau pro Monat Juni 1911.

Städte	Krankenhäuser	Bestand am Schlusse		Summe der Aufgenommenen	Krankheitsformen der Aufgenommenen													Zahl der Gestorbenen
		des vorigen Monats	dieses Monats		Pocken	Varizellen	Masern u. Röteln	Scharlach	Diphther. u. Kroup	Keuchhusten	Unterleibstyphus	Epid. Genickstarre	Ruhr	Brechdurchfall	Kindbettfieber	Wechselfieber	Rose	
Münster	Clemenshosp. u. Johannisstift	288	262	252	..	..	..	2	2	..	..	.	..	7	2	..	..	18
Bielefeld	städt. Krankenhaus	117	108	108	..	..	1	1	3	..	..	..	..	..	..	..	2	7
Minden	städtisches Krankenhaus	50	56	61	..	..	..	..	..	..	..	..	1	..	..	..	..	4
Herford	Friedrich Wilhelm-Hospital	77	81	71	..	..	..	1	3	..	2	..	..	..	..	..	1	5
Hagen i. W.	städtisches Hospital	143	154	139	..	..	..	4	4	..	1	..	..	..	..	..	1	4
Witten	Diakonissenhaus u. Marienhosp.	187	204	191	..	..	..	1	2	..	6	..	..	..	..	..	1	11
Hamm	städtisches Krankenhaus	141	164	157	..	..	..	..	1	..	1	..	..	..	..	..	1	9
Iserlohn	Bethanien-Krankenhaus	88	96	84	..	1	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	5
Siegen	städt. Hospital	78	77	89	..	..	1	3	2	..	..	..	..	..	..	..	..	3
Gelsenkirchen	Marienhospital u. ev. Krankenh.	514	536	552	..	5	9	21	4	11	3	..	..	17	..	..	4	23
Altena	Johanniter- u. St. Vincenz-Krkh.	67	92	80	..	..	..	..	..	..	1	..	..	..	..	..	..	2
Düsseldorf	evangelisches Krankenhaus	195	206	216	..	..	1	..	5	..	..	..	..	..	..	..	1	16
„	Marienhospital	331	297	278	..	..	..	9	6	..	1	..	..	..	..	..	2	22
Essen a. d. Ruhr	evang. Huyssenstift u. Krupp-sches Krankenhaus	544	550	918	..	..	2	..	6	..	2	..	..	10	4	1	8	29
„ „	städt. Krankenanstalten	336	313	439	..	1	3	25	7	..	2	2	..	1	..	..	4	40
Elberfeld	St. Josephshospital	158	151	140	..	..	..	2	..	..	..	..	..	..	1	..	1	10
„	städtisches Krankenhaus	386	397	392	..	8	9	4	2	1	2	..	..	1	..	..	2	18
Barmen	„ „	?	?	?	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Crefeld	„ „	269	290	246	..	..	1	..	1	..	1	..	..	..	..	..	3	18
Remscheid	„ „	?	?	?	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
M.-Gladbach	Bethesda- u. Mariahilf-Krkhs.	279	270	280	..	..	..	2	7	..	1	..	..	1	..	1	1	24
Solingen	städtisches Krankenhaus	142	?	?	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Viersen	allgemeines „	89	77	46	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	2
Rheydt	städtisches „	79	94	89	..	..	..	..	7	..	..	..	..	..	..	..	..	2
Duisburg-Meiderich	St. Elisabeth- und Kais. Wilh.-Krankenhaus	160	179	221	..	..	..	13	1	..	..	..	..	..	..	..	..	7
Neuss	städtisches Krankenhaus	65	60	46	..	..	..	5	1	..	2	..	..	..	..	..	..	4
Oberhausen-Styrum	St. Josephs-Krankenhaus	90	110	104	..	..	..	1	2	..	..	..	..	..	2	..	..	5
Ruhrort	Hanielstiftung	55	40	62	..	..	..	..	..	..	1	..	..	..	..	..	2	3
Odenkirchen	Kaiser Wilhelm-Krankenhaus	13	18	16	..	..	..	..	1	..	..	..	..	..	..	..	..	2
Hochemmerich, Kr. Mörs	Krankenhaus der Friedr. Alfr. Krupp-Hütte	15	15	12	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1
Aachen	Elisabeth- u. Mariahilf-Krkhs.	489	480	477	..	1	..	9	8	7	..	1	..	1	..	..	1	30
Aachen-Burtscheid	St. Marienhospital	177	176	162	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	5
Düren	städtisches Hospital	139	113	133	..	..	..	1	2	..	..	..	..	3	1	..	1	13
Eschweiler	St. Antoniushospital	93	86	67	..	..	..	..	1	..	..	..	..	..	..	..	..	5
Eupen	St. Nikolauskrankenhaus	71	67	31	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Stolberg	Bethlehemhospital	91	94	40	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1	..	..	..	8
Cöln	Bürger- u. Augustahospital	835	815	823	..	..	24	..	10	9	1	..	..	.	..	..	2	62
Cöln-Deutz	städtisches Hospital	135	132	99	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	7
Cöln-Ehrenfeld	St. Franziskushospital	132	126	104	..	..	..	..	..	2	..	..	..	..	2	..	1	10
Mülheim a. Rh.	städt. u. Dreikönigenhospital	346	322	384	..	..	1	12	11	..	..	..	..	..	..	..	2	18
Cöln-Kalk	St. Josephshospital	163	151	135	..	..	9	6	8	..	..	..	..	2	..	..	1	14
Trier	städt. Hospital	144	137	70	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	8
Saarbrücken	Neues Krkhs. der Hospitalstift.	167	191	211	..	..	..	..	..	..	2	..	..	..	..	..	..	17
Coblenz	Bürgerhospital (städtisches)	200	188	270	..	..	1	13	4	..	..	..	..	..	1	..	..	14
Kreuznach	„ „	29	26	30	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1
Neuwied	Krankenhaus d. Frauenvereins	111	145	148	..	..	..	4	1	..	2	1	..	..	..	..	..	5
Wiesbaden	städtisches Krankenhaus	?	?	333	..	..	4	..	16	2	19	..	..	3	1	..	1	30
Kassel	Landkrankenhaus	365	370	357	..	..	..	6	25	..	2	..	..	..	..	..	..	16
Fulda	„	246	238	215	1	..	..	..	2	..	..	..	..	..	..	..	..	15
Eschwege	„	29	38	45	..	..	..	..	1	..	2	..	..	..	..	..	..	3
Rinteln	„	30	36	32	..	..	..	5	..	..	..	..	..	..	..	..	..	2

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Sterblichkeits-Statistik von 51 Städten der Provinzen Westfalen, Rheinland und Hessen-Nassau pro Monat Juni 1911.

Monat März 1911	Einwohner-Zahl	Zahl der Lebendgeborenen	Verhältn.-Zahl der Geborenen auf 1000 Einw. und auf 1 Jahr	Zahl der Sterbefälle ausschl. Totgeborenen	Darunter Kinder unter 1 Jahr	Verhältn.-Zahl der Gestorbenen auf 1000 Einwohner u. auf 1 Jahr	Todesursachen: Infektions-Krankheiten: Kindbettfieber	Pocken	Scharlach	Masern und Röteln	Diphtheritis und Kroup	Keuchhusten	Typhus	Ruhr	Andere Infektionskrankh.	Magen- u. Darmkatarrh, Brechdurchfall, Atrophie der Kinder	Gewaltsamer Tod: Selbstmord	Mord u. Totschlag, sowie Hinrichtung	Verunglückung
Münster	91000	212	27,5	96	15	12,4	..	..	..	1	..	..	..	..	..	6	1	..	2
Bielefeld	79230	148	22,2	53	11	7,9	..	..	..	2	..	..	..	..	..	4	2	..	1
Paderborn	29526	80	32,0	37	11	14,8	..	..	..	..	..	..	..	..	..	2	..	..	..
Minden	26518	34	15,4	21	5	9,9	..	..	..	..	..	..	..	..	..	2	..	..	1
Dortmund	218103	597	33,3	302	118	13,7	1	..	5	6	10	..	1	..	1	70	7	..	7
Gelsenkirchen	170000	590	41,3	197	82	13,7	..	..	2	1	1	5	1	..	..	45	1	1	5
Bochum	136916	424	38,1	190	62	17,1	..	..	2	1	4	..	1	..	..	22	2	1	9
Hagen	89000	198	27,7	73	22	10,2	..	..	..	1	1	3	..	..	..	5	1	..	2
Herne	57000	217	45,6	65	21	13,6	..	..	..	..	..	..	..	..	..	6	..	..	3
Hamm	44010	113	31,6	46	9	12,9	1	..	..	..	1	..	1	..	..	4	2	..	1
Witten	37422	89	28,6	48	12	15,4	..	..	..	..	3	..	..	..	..	5	2	..	2
Lüdenscheid	33000	51	18,6	27	8	9,8	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1	..	1	..
Iserlohn	31294	62	23,0	37	6	14,0	..	..	..	..	..	..	..	..	..	2	.	..	1
Siegen	27416	65	28,4	22	5	9,6	..	..	..	..	2	..	..	..	..	1	..	..	1
Schwelm	20432	42	25,2	23	6	13,8	..	..	..	..	..	..	..	..	..	2	..	..	1
Lippstadt	16406	45	31,5	11	3	7,7	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1	..	..	..
Altena	14500	22	18,2	12	4	9,9	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Düsseldorf	368100	795	26,3	375	105	12,4	..	..	1	2	..	2	..	..	4	55	2	..	13
Essen a. d. Ruhr	298903	676	27,1	290	89	11,6	1	..	8	10	2	2	1	..	..	15	2	..	11
Duisburg	233100	657	34,3	282	94	14,7	1	..	..	1	1	4	..	..	1	40	8	..	22
Elberfeld	170245	338	24,2	174	39	12,5	2	..	..	5	..	1	..	..	2	6	3	..	6
Barmen	169300	286	20,5	142	19	10,2	1	..	..	..	1	..	..	..	1	2	3	1	4
Crefeld	129000	218	20,3	113	21	10,5	..	..	..	..	1	..	..	..	1	6	3	5	5
Mülheim a. d. R.	114163	304	31,9	117	33	12,2	..	..	1	4	1	..	..	..	..	12	4	..	4
Remscheid	73234	161	28,9	62	15	11,2	..	..	..	1	..	..	..	..	..	2	..	..	1
M.-Gladbach	66836	158	28,4	85	14	15,3	..	..	..	..	1	..	..	..	..	5	..	..	4
Oberhausen	89897	245	41,7	94	25	16,1	1	..	..	5	1	..	..	..	..	9	1	..	4
Solingen	50541	76	17,9	54	6	12,8	..	..	..	1	3	..	1	..	..	2	1	..	2
Rheydt	44376	96	26,0	33	12	9,3	..	..	..	..	..	..	..	..	..	2	..	..	2
Neuss	37216	101	32,5	42	13	13,5	..	..	..	..	..	2	..	..	..	..	..	..	1
Viersen	30172	73	29,0	29	5	11,5	..	..	..	..	..	..	..	..	..	4	..	..	..
Wesel	24453	43	21,1	20	5	9,8	..	..	..	..	..	..	..	..	..	4	..	..	1
Mörs	23536	66	33,6	30	10	15,2	..	..	..	..	..	..	..	..	1	8	1	..	..
Wermelskirchen	16376	34	24,9	7	2	5,2	..	..	1	..	..	..	..	..	..	1	..	..	..
Ronsdorf	15376	26	20,3	10	2	7,8	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1	..	..	1
Lennep	13178	25	22,5	9	4	8,1	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1	1	..	..
Aachen	156993	300	22,9	182	50	13,9	..	..	6	..	2	1	..	..	6	18	2	..	3
Düren [1]	32444	68	25,5	50	18	18,7	..	..	1	..	..	..	..	..	..	11	..	..	1
Eschweiler	24740	57	27,6	29	7	14,0	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1	..	..	1
Stolberg	15680	44	30,8	21	5	14,7	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1	..	..	2
Eupen	13540	18	15,9	16	3	14,2	..	..	..	..	..	..	..	..	..	3	..	..	..
Cöln	520600	1200	28,0	640	198	14,9	1	..	..	19	8	9	1	..	..	92	7	1	18
Bonn [2]	89967	233	30,2	151	53	19,6	..	..	..	..	3	1	..	..	..	21	..	..	1
Mülheim a. Rh.	53708	123	27,5	60	27	13,4	..	..	..	..	..	1	..	..	..	11	..	..	1
Saarbrücken	105097	249	29,9	135	48	16,2	..	..	..	..	..	2	..	..	..	17	3	..	3
Trier	49647	79	19,7	60	14	15,0	..	..	..	..	..	1	..	..	..	9	3	..	3
Coblenz	56478	88	18,5	81	18	17,1	..	..	..	..	1	..	..	..	..	11	1	..	3
Kreuznach [3]	25400	36	17,0	28	2	13,2	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Neuwied	19107	35	22,0	27	9	17,0	..	..	..	1	1	..	..	..	..	3	..	..	..
Wiesbaden	108293	156	17,5	112	18	12,5	..	..	..	..	3	..	3	..	..	6	4	..	1
Kassel	153200	271	21,5	148	22	11,8	..	..	2	1	9	1	..	..	..	12	..	..	9

1) Düren: darunter 3,03 ‰ Sterbefälle Auswärtiger in Anstalten.
2) Bonn: darunter 6,37 ‰ Geburten und 5,85 ‰ Sterbefälle Auswärtiger in Anstalten.
3) Kreuznach: darunter 1,92 ‰ Sterbefälle Auswärtiger in Anstalten.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Nachweisung über Krankenaufnahme und Bestand in den Krankenhäusern aus 48 Städten der Provinzen Westfalen, Rheinland und Hessen-Nassau pro Monat Juli 1911.

Städte	Krankenhäuser	Bestand am Schlusse des vorigen Monats	Bestand am Schlusse dieses Monats	Summe der Aufgenommenen	Krankheitsformen der Aufgenommenen: Pocken	Varizellen	Masern u. Röteln	Scharlach	Diphther. u. Kroup	Keuchhusten	Unterleibstyphus	Epid. Genickstarre	Ruhr	Brechdurchfall	Kindbettfieber	Wechselfieber	Rose	Zahl der Gestorbenen
Münster	Clemenshosp. u. Johannisstift	262	271	287	..	..	1	4	5	..	1	.	..	9	..	..	3	3
Bielefeld	städt. Krankenhaus	108	112	123	..	..	1	3	1	..	1	..	..	..	..	..	1	6
Minden	städtisches Krankenhaus	56	48	77	..	..	1	..	..	..	1	..	..	..	..	..	..	9
Herford	Friedrich Wilhelm-Hospital	81	59	55	..	..	2	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1	..
Hagen i. W.	städtisches Hospital	154	151	137	..	..	1	7	3	1	4	..	..	1	1	1	3	13
Witten	Diakonissenhaus u. Marienhosp.	204	191	197	..	..	..	2	3	..	5	..	..	..	..	..	..	18
Hamm	städtisches Krankenhaus	164	131	149	..	..	..	..	1	..	6	..	..	..	..	..	..	6
Iserlohn	Bethanien-Krankenhaus	96	84	97	..	..	..	..	2	..	..	..	..	..	..	..	..	3
Siegen	städt. Hospital	77	66	96	..	..	..	..	3	..	..	..	..	..	..	..	..	6
Gelsenkirchen	Marienhospital u. ev. Krankenh.	536	549	528	..	5	7	14	3	2	4	..	3	13	..	..	1	20
Altena	Johanniter- u. St. Vincenz-Krkh.	92	93	97	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	6
Düsseldorf	evangelisches Krankenhaus	206	192	209	..	..	..	..	2	..	1	..	..	8	..	..	..	10
„	Marienhospital	297	302	304	..	..	1	4	6	..	1	..	..	3	..	..	3	19
Essen a. d. Ruhr	evang. Huyssenstift u. Krupp-sches Krankenhaus	550	512	1023	..	..	..	1	6	..	2	..	..	20	6	..	3	32
„ „	städt. Krankenanstalten	313	334	430	..	..	5	19	9	..	2	1	2	4	1	..	6	28
Elberfeld	St. Josephshospital	151	171	178	..	..	.	1	..	..	..	..	..	..	..	..	6	13
„	städtisches Krankenhaus	397	380	456	..	2	3	2	4	4	2	..	..	8	..	..	21	37
Barmen	„ „	?	?	?	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Crefeld	„ „	290	248	199	..	1	1	7	..	..	..	..	..	..	..	..	1	27
Remscheid	„ „	103	96	201	..	..	..	..	..	..	3	..	..	..	..	..	1	18
M.-Gladbach	Mariahilf-Krankenhaus	206	202	240	..	..	..	4	2	..	1	..	..	1	..	..	2	10
Solingen	städtisches Krankenhaus	158	152	151	..	..	..	2	8	..	6	..	..	1	2	..	..	18
Viersen	allgemeines „	77	73	45	..	..	..	.	..	..	..	..	..	..	..	..	..	2
Rheydt	städtisches „	94	98	96	..	..	..	..	2	..	2	..	..	..	..	..	2	12
Duisburg-Meiderich	St. Elisabeth- und Kais. Wilh.-Krankenhaus	179	166	203	..	..	..	10	..	..	1	..	..	..	..	..	..	8
Neuss	städtisches Krankenhaus	60	63	66	..	..	..	12	..	..	..	..	..	..	..	..	..	6
Oberhausen-Styrum	St. Josephs-Krankenhaus	110	114	100	..	..	1	1	2	..	2	..	..	10	..	..	..	4
Ruhrort	Hanielstiftung	40	55	80	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1	3
Odenkirchen	Kaiser Wilhelm-Krankenhaus	18	15	7	..	..	..	1	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Hochemmerich, Kr. Mörs	Krankenhaus der Friedr. Alfr. Krupp-Hütte	15	17	14	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Aachen	Elisabeth- u. Mariahilf-Krkhs.	480	480	563	..	..	5	17	7	2	1	..	..	23	..	..	1	30
Aachen-Burtscheid	St. Marienhospital	176	181	189	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	2
Düren	städtisches Hospital	113	113	160	..	..	..	2	3	..	..	..	..	3	..	..	2	14
Eschweiler	St. Antoniushospital	86	85	66	..	..	..	..	1	..	1	..	..	..	..	..	..	4
Eupen	St. Nikolauskrankenhaus	67	76	44	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	3
Stolberg	Bethlehemhospital	94	87	41	..	..	..	..	..	..	..	..	..	2	..	..	..	4
Cöln	Bürger- u. Augustahospital	815	790	1000	..	..	46	..	14	19	3	..	..	.	..	..	6	72
Cöln-Deutz	städtisches Hospital	132	136	125	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1	10
Cöln-Ehrenfeld	St. Franziskushospital	126	138	107	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	3	..	2	17
Mülheim a. Rh.	städt. u. Dreikönigenhospital	322	330	428	..	..	.	1	4	1	1	..	..	..	2	..	..	26
Cöln-Kalk	St. Josephshospital	151	155	155	..	..	8	3	4	..	..	..	..	7	..	..	1	17
Trier	städt. Hospital	137	122	95	..	..	..	..	..	4	..	..	..	1	..	..	..	15
Saarbrücken	Neues Krkhs. der Hospitalstift.	191	198	238	..	..	..	1	..	..	3	..	..	..	1	..	1	24
Coblenz	Bürgerhospital (städtisches)	188	189	250	..	..	..	11	2	..	..	..	..	..	..	..	1	18
Kreuznach	„ „	26	38	36	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1	2
Neuwied	Krankenhaus d. Frauenvereins	145	145	160	..	..	..	4	..	..	2	..	..	..	..	..	..	6
Wiesbaden	städtisches Krankenhaus	?	?	319	..	..	1	3	12	..	4	..	..	10	..	..	2	56
Kassel	Landkrankenhaus	370	363	362	..	..	1	..	20	..	..	..	..	..	..	..	1	29
Fulda	„	238	219	216	1	..	..	..	2	..	..	..	..	..	..	..	..	15
Eschwege	„	38	30	40	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1	1
Rinteln	„	36	41	39	..	..	..	1	..	..	1	..	..	..	..	..	..	1

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Sterblichkeits-Statistik von 51 Städten der Provinzen Westfalen, Rheinland und Hessen-Nassau pro Monat Juli 1911.

Monat Juli 1911	Einwohner-Zahl	Zahl der Lebendgeborenen	Verhältn.-Zahl der Geborenen auf 1000 Einw. und auf 1 Jahr	Zahl der Sterbefälle ausschl. Totgeborenen	Darunter Kinder unter 1 Jahr	Verhältn.-Zahl der Gestorbenen auf 1000 Einwohner u. auf 1 Jahr	Todesursachen: Infektions-Krankheiten: Kindbettfieber	Pocken	Scharlach	Masern und Röteln	Diphtheritis und Kroup	Keuchhusten	Typhus	Ruhr	Andere Infektionskrankh.	Magen- u. Darmkatarrh, Brechdurchfall, Atrophie der Kinder	Gewaltsamer Tod: Selbstmord	Mord u. Totschlag, sowie Hinrichtung	Verunglückung
Münster	91000	194	25,2	120	49	15,6	..	..	..	2	..	..	..	..	2	25	1	..	2
Bielefeld	79400	161	24,1	84	33	12,6	..	..	..	4	..	1	..	..	1	15	1	..	2
Paderborn	29526	96	31,4	43	19	17,2	..	..	..	..	..	..	..	2	..	7	..	..	1
Minden	26518	45	20,3	35	6	15,8	1	..	..	..	..	..	..	..	..	1	..	..	1
Dortmund	218505	611	32,9	426	232	22,9	2	..	1	7	2	1	2	..	2	162	7	..	11
Gelsenkirchen	170000	591	41,3	286	148	20,0	..	..	4	1	3	2	1	..	..	107	5	1	12
Bochum	136916	459	41,2	260	123	23,3	2	..	2	..	1	..	2	..	..	89	2	..	10
Hagen	89000	217	30,3	99	29	13,8	1	..	1	6	..	1	1	..	..	13	1	..	3
Herne	5700	196	41,3	99	49	20,5	..	..	1	1	..	2	..	..	..	30	.	1	8
Hamm	44010	114	28,5	43	21	10,7	1	..	..	..	1	..	1	..	1	11	..	..	1
Witten	37422	107	34,3	50	12	16,0	1	..	..	..	..	..	..	..	..	6	..	..	3
Lüdenscheid	33000	54	19,7	41	6	15,0	..	..	..	..	..	..	1	..	..	2	..	..	..
Iserlohn	31294	73	27,0	32	13	12,0	..	..	..	1	..	..	..	..	..	5	.	..	1
Siegen	27416	71	31,0	37	12	16,2	..	..	..	..	1	..	..	..	..	11	..	..	1
Schwelm	20432	52	31,2	16	3	9,6	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	2	..	..
Lippstadt	16406	41	24,6	19	5	11.4	..	..	..	..	..	..	..	..	..	2	..	..	..
Altena	14500	31	25,6	13	2	10,7	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Düsseldorf	369000	831	26,5	496	225	15,8	..	..	1	5	1	2	..	..	3	161	5	..	20
Essen a. d. Ruhr	299385	813	32,5	360	150	14,4	5	..	3	15	1	4	..	..	..	82	3	2	12
Duisburg	232800	462	23,3	372	211	10,6	..	..	..	2	1	6	..	..	..	157	6	2	22
Elberfeld	170085	384	27,1	206	59	14,5	..	..	1	1	..	1	..	..	2	29	5	..	6
Barmen	169400	297	20,6	164	31	11,4	1	..	..	..	..	1	..	..	2	13	1	2	5
Crefeld	129000	246	22,9	144	35	13,4	..	..	..	2	..	1	..	..	1	15	3	1	3
Mülheim a. d. R.	114029	296	31,1	134	53	14,1	..	..	..	4	2	1	1	..	..	37	1	..	7
Remscheid	73400	124	27,8	70	10	11,9	..	..	..	..	..	4	..	..	..	2	4	..	1
M.-Gladbach	66865	167	30,0	108	46	19,4	..	..	..	..	..	..	1	..	..	29	1	..	1
Oberhausen	89897	267	45,7	131	69	22,4	..	..	..	..	1	..	1	..	2	50	..	..	8
Solingen	50541	92	21,8	53	14	12,5	1	..	..	1	2	..	1	..	..	6	3	..	..
Rheydt	44349	99	26,8	70	26	18,9	..	..	..	1	..	..	..	..	..	5	..	..	2
Neuss	37216	121	39,0	66	33	21,2	..	..	..	..	..	1	..	..	..	20	..	..	..
Viersen	30172	80	31,1	41	9	16,3	..	..	..	..	..	..	..	..	..	5	..	..	..
Wesel	24453	59	28,9	41	18	20,1	..	..	..	1	..	..	..	..	..	11	..	..	3
Mörs	23716	81	40,9	34	16	17,0	..	..	..	..	..	..	..	..	..	7	1	..	..
Wermelskirchen	16376	24	17,6	14	98	10,3	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1	..	.	..
Ronsdorf	15376	31	24,9	10	2	7,8	..	..	..	..	..	..	..	..	..	2	..	..	..
Lennep	13178	28	25,2	18	8	16,2	..	..	..	..	..	..	..	..	..	5	..	..	5
Aachen	157027	338	21,5	249	97	15,8	..	..	1	1	..	1	..	..	..	82	..	1	5
Düren [1]	32389	82	29,8	73	35	26,5	..	..	..	..	..	..	..	..	..	25	1	..	2
Eschweiler	24740	46	22,3	43	8	20,8	..	..	..	..	..	3	..	..	..	3	..	..	2
Stolberg	15759	28	21,0	32	15	24,0	..	..	..	..	..	3	..	..	..	6	..	..	1
Eupen	13540	?	?	28	12	22,4	..	..	..	..	..	..	..	..	..	7	..	..	..
Cöln	520479	1235	27,9	1062	540	24,0	2	..	2	34	12	19	..	..	3	407	7	1	39
Bonn [2]	89967	236	30,7	196	77	25,5	1	..	..	2	1	2	..	..	..	50	1	1	5
Mülheim a. Rh.	53782	155	34,5	84	38	18,7	..	..	..	..	1	..	..	..	..	24	..	1	4
Saarbrücken	105097	270	32,4	202	113	24,2	2	..	..	..	..	..	..	..	..	82	4	7	2
Trier	49647	94	22,6	82	31	19,7	..	..	..	..	..	..	..	..	..	21	..	..	8
Coblenz	56478	94	18,8	82	33	16,4	1	..	2	.	..	1	1	..	..	22	1	..	3
Kreuznach	25500	31	14,5	42	7	19,7	1	..	..	..	..	3	1	..	..	1	1	..	2
Neuwied	19107	41	25,8	34	7	21,4	1	..	..	1	..	..	..	..	..	3	1	..	2
Wiesbaden	108293	170	18,6	144	26	15,7	..	..	..	..	1	..	4	..	1	13	3	..	3
Kassel	153200	319	24,5	182	51	14,0	1	..	1	1	16	..	..	..	3	39	2	..	5

1) Düren: darunter 3,99‰ Sterbefälle Auswärtiger in Anstalten.

2) Bonn: darunter 5,72‰ Geburten und 7,93‰ Sterbefälle Auswärtiger in Anstalten.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Nachweisung über Krankenaufnahme und Bestand in den Krankenhäusern aus 48 Städten der Provinzen Westfalen, Rheinland und Hessen-Nassau pro Monat August 1911.

Städte	Krankenhäuser	Bestand am Schlusse des vorigen Monats	Bestand am Schlusse dieses Monats	Summe der Aufgenommenen	Krankheitsformen der Aufgenommenen: Pocken	Varizellen	Masern u. Röteln	Scharlach	Diphther. u. Kroup	Keuchhusten	Unterleibstyphus	Epid. Genickstarre	Ruhr	Brechdurchfall	Kindbettfieber	Wechselfieber	Rose	Zahl der Gestorbenen
Münster	Clemenshosp. u. Johannisstift	271	247	216	..	..	..	8	2	..	2	..	..	..	..	..	2	32
Bielefeld	städt. Krankenhaus	112	124	176	..	..	1	2	1	..	10	..	..	7	..	..	1	9
Minden	städtisches Krankenhaus	48	56	82	..	..	..	..	1	..	1	..	..	..	..	..	..	6
Herford	Friedrich-Wilhelm-Hospital	59	83	96	..	..	..	1	1	..	3	..	..	2	..	..	..	6
Hagen i. W.	städtisches Hospital	151	163	187	..	..	1	6	1	1	6	1	..	1	..	..	3	12
Witten	Diakonissenhaus	191	182	219	..	..	..	..	2	..	7	..	..	..	..	..	..	14
Hamm	städtisches Krankenhaus	124	145	171	..	..	1	1	1	..	7	..	..	..	.	..	1	4
Iserlohn	Bethanien-Krankenhaus	84	95	106	..	1	..	..	..	1	..	..	..	..	..	..	..	11
Siegen	städt. Hospital	66	84	117	..	..	1	..	6	..	..	..	..	..	..	..	1	6
Gelsenkirchen	Marienhosp. u. ev. Krankenh.	549	505	602	..	3	4	21	2	2	14	..	3	17	..	..	4	35
Altena	Johanniter- u. St. Vincenz-Hosp.	93	86	94	..	..	..	.	..	..	..	.	..	..	..	..	..	3
Düsseldorf	evangelisches Krankenhaus	192	213	243	..	..	..	..	6	..	2	..	..	20	..	..	..	23
„	Marienhospital	302	315	333	..	..	..	3	4	..	2	..	..	24	..	..	1	23
Essen a. d. Ruhr	ev. Huyssenstift und Krupp-sches Krankenhaus	512	526	1136	..	..	..	1	4	..	4	.	1	12	5	..	6	40
„ „	städt. Krankenanstalten	334	351	429	..	..	2	13	2	5	7	..	7	4	..	..	2	29
Elberfeld	St. Josephhospital	171	155	177	..	..	..	2	1	..	..	..	..	.	..	..	2	14
„	städtisches Krankenhaus	380	396	444	..	2	3	9	3	10	3	..	..	19	..	..	3	34
Barmen	„ „	?	?	?	..	..	..	..	.	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Crefeld	„ „	248	240	229	..	.	..	2	2	..	..	..	.	11	1	..	1	27
Remscheid	„ „	96	92	181	..	..	..	..	1	1	2	..	..	..	..	..	..	10
M.-Gladbach	Mariahilf-Krankenhaus	202	260	291	..	..	..	7	5	.	..	..	..	..	..	..	1	16
Solingen	städtisches Krankenhaus	152	168	184	..	..	..	1	5	..	5	1	..	..	2	..	1	7
Viersen	allgemeines „	73	81	52	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	6
Rheydt	städtisches „	94	96	120	..	..	..	..	5	..	3	..	..	4	..	..	..	11
Duisburg-Meiderich	St. Elisabeth- und Kaiser Wilhelm-Krankenhaus	166	183	264	..	..	..	13	2	..	8	..	..	1	..	..	1	8
Neuss	städtisches Krankenhaus	63	50	47	..	..	..	7	..	..	1	..	..	..	..	..	..	7
Oberhausen-Styrum	St. Josef-Krankenhaus	114	120	126	..	..	..	1	2	2	10	..	..	..	..	..	1	3
Ruhrort	Hanielstiftung	55	37	65	..	..	..	1	2	..	1	..	..	..	1	..	..	2
Odenkirchen	Kaiser Wilhelm-Krankenhaus	15	12	17	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Hochemmerich, Kr. Mörs	Krankenhaus der Friedr. Alfr. Krupp-Hütte	17	15	23	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Aachen	Elisabeth- u. Mariahilf-Krkhs.	480	554	526	..	2	30	20	4	5	7	..	..	60	..	..	1	78
Aachen-Burtscheid	St. Marienhospital	181	175	185	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	4
Düren	städtisches Hospital	113	121	157	..	..	.	3	1	..	1	..	..	2	..	..	2	12
Eschweiler	St. Antoniushospital	85	105	99	..	.	..	1	.	..	..	..	..	2	..	..	..	6
Eupen	St. Nikolaus-Krankenhaus	76	71	38	..	..	..	..	..	..	..	..	.	..	..	..	..	1
Stolberg	Bethlehemshospital	87	91	43	..	..	..	..	..	..	..	..	..	2	..	..	..	3
Cöln	Bürger- u. Augustahospital	790	800	1056	..	..	27	..	11	23	3	..	..	..	..	..	5	76
Cöln-Deutz	städtisches Hospital	136	130	132	..	..	..	..	..	..	1	..	..	4	1	..	..	9
Cöln-Ehrenfeld	St. Franziskushospital	138	116	119	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1	..	2	13
Mülheim a. Rh.	städt. u. Dreikönigenhospital	330	309	439	..	..	1	2	7	..	2	..	..	5	..	..	2	24
Cöln-Kalk	St. Josefhospital	155	175	203	..	..	2	7	8	2	2	..	..	13	..	..	2	23
Trier	städt. Hospital	122	138	94	..	..	..	..	..	4	3	..	..	..	..	..	1	8
Saarbrücken	Neues Krkhs. der Hospitalstift.	198	209	241	..	..	..	..	2	..	15	..	..	3	..	..	2	21
Coblenz	Bürgerhospital (städtisches)	189	211	269	..	..	..	5	3	..	2	..	..	..	..	..	3	17
Kreuznach	„	38	32	29	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	2
Neuwied	Krankenhaus d. Frauenvereins	145	126	165	..	..	..	1	..	..	..	..	..	4	..	..	..	6
Wiesbaden	städtisches Krankenhaus	?	?	423	..	..	1	1	24	1	8	..	1	5	..	..	4	40
Kassel	Landkrankenhaus	363	377	400	1	..	1	..	23	..	2	.	..	..	..	..	2	37
Fulda	„	219	19.	198	2	..	..	..	..	..	2	..	..	3	..	.	1	10
Eschwege	„	28	18	40	..	..	..	..	..	..	1	..	..	..	..	..	..	3
Rinteln	„	41	36	25	..	..	..	..	..	..	1	..	..	..	..	..	1	..

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Sterblichkeits-Statistik von 51 Städten der Provinzen Westfalen, Rheinland und Hessen-Nassau pro Monat August 1911.

Monat August 1911	Einwohner-Zahl	Zahl der Lebendgeborenen	Verhältn.-Zahl der Geborenen auf 1000 Einw. und auf 1 Jahr	Zahl der Sterbefälle ausschl. Totgeborenen	Darunter Kinder unter 1 Jahr	Verhältn.-Zahl der Gestorbenen auf 1000 Einwohner u. auf 1 Jahr	Todesursachen: Infektions-Krankheiten: Kindbettfieber	Pocken	Scharlach	Masern und Röteln	Diphtheritis und Kroup	Keuchhusten	Typhus	Ruhr	Andere Infektionskrankh.	Magen- u. Darmkatarrh, Brechdurchfall, Atrophie der Kinder	Gewaltsamer Tod: Selbstmord	Mord u. Totschlag, sowie Hinrichtung	Verunglückung
Münster	91000	225	29,2	177	107	33,3	..	..	..	..	..	..	..	..	..	92	1	..	2
Bielefeld	79500	149	22,3	96	46	14,4	..	..	..	1	..	..	..	..	1	37	..	..	1
Paderborn	29526	100	42,0	48	19	20,6	2	..	..	..	..	..	1	..	..	13	..	..	3
Minden	26518	46	20,8	35	16	15,8	1	..	..	..	..	..	..	..	..	10	..	..	3
Dortmund	219097	557	29,9	483	282	25,9	2	..	4	5	2	3	..	..	..	244	4	..	17
Gelsenkirchen	170000	561	39,2	451	285	31,5	..	..	9	..	1	3	2	1	..	291	..	..	9
Bochum	136916	495	43,3	351	202	30,7	..	..	2	5	1	..	..	..	..	184	1	..	11
Hagen	89000	189	26,4	122	55	17,0	..	..	2	2	..	5	..	..	..	56	1	..	1
Herne	57000	219	46,0	155	101	32,5	..	..	3	2	..	..	..	2	..	92	1	..	7
Hamm	44098	128	35,8	93	50	26,0	..	..	..	..	2	..	..	..	1	43	..	..	1
Witten	37400	86	27,6	52	20	16,7	..	..	1	..	..	..	1	..	..	14	..	..	4
Lüdenscheid	33000	64	23,3	36	8	13,1	..	..	..	..	..	..	1	1	..	9	..	..	..
Iserlohn	31294	65	24,0	45	21	17,0	..	..	..	..	..	..	1	..	..	15	..	..	1
Siegen	27416	79	34,5	21	9	9,2	..	..	1	..	1	..	..	..	..	8	..	..	..
Schwelm	20432	55	33,0	14	4	8,4	..	..	..	..	..	..	..	..	..	4	..	..	..
Lippstadt	16409	33	23,1	35	21	24,5	..	..	..	..	..	..	..	..	..	21	..	..	1
Altena	14500	28	23,2	17	8	14,1	..	..	..	..	..	..	..	..	..	4	..	..	..
Düsseldorf	369000	826	26,3	780	481	24,8	..	..	1	2	2	1	..	..	2	436	3	..	12
Essen a. d. Ruhr	300220	891	35,6	624	375	24,9	3	..	3	5	1	10	1	..	3	337	1	1	13
Duisburg	233100	657	32,2	813	546	41,0	1	..	..	5	1	10	..	..	..	578	4	..	15
Elberfeld	170001	334	23,6	237	105	16,7	..	..	2	..	..	1	1	..	3	89	2	..	4
Barmen	169300	293	20,4	203	72	14,1	..	..	..	..	..	1	..	..	3	47	4	1	4
Crefeld	129000	256	23,8	284	166	26,4	..	..	..	3	..	2	..	..	1	166	5	..	2
Mülheim a. d. R.	114152	295	31,0	257	168	27,0	..	..	1	5	1	3	..	..	..	168	..	..	6
Remscheid	73700	139	23,6	89	44	15,1	..	..	..	..	..	..	..	..	..	31	1	1	4
M.-Gladbach	66723	132	23,7	159	91	28,6	..	..	..	..	2	..	..	..	..	98	..	..	..
Oberhausen	70000	252	43,2	285	190	48,9	..	..	..	..	1	..	..	..	..	191	1	..	1
Solingen	50541	78	18,5	56	21	13,2	..	..	..	..	..	1	1	..	..	16	2	..	2
Rheydt	44362	100	27,1	95	54	25,7	..	..	..	..	1	..	1	..	..	58	..	..	2
Neuss	37216	108	34,8	139	89	42,1	..	..	..	..	..	2	..	..	..	86	..	..	2
Viersen	30172	79	31,4	90	58	35,8	..	..	..	..	..	..	..	..	..	62	1	..	1
Wesel	24453	56	27,5	45	24	22,1	..	..	..	..	..	..	..	..	..	17	1	..	..
Mörs	23732	71	36,3	51	33	25,8	..	..	..	..	..	..	..	..	..	30	..	..	1
Wermelskirchen	16376	22	16,1	16	3	11,7	..	..	..	..	..	..	..	..	..	2	1	..	1
Ronsdorf	15376	19	14,8	14	2	10,9	..	..	..	..	..	..	..	..	..	3	..	..	..
Lennep	13186	37	33,3	17	7	15,3	..	..	..	..	..	..	1	..	..	7	..	..	3
Aachen	156748	289	32,1	424	259	32,5	..	..	3	2	1	1	2	..	..	269	..	..	8
Düren [1]	32411	72	26,1	112	68	40,0	..	..	..	..	1	1	..	1	..	55	..	1	1
Eschweiler	24740	55	26,7	87	53	42,1	..	..	1	..	1	..	..	..	..	55	..	..	..
Stolberg	15759	36	23,2	60	39	42,0	..	..	..	..	..	3	..	..	..	44	..	..	1
Eupen	13540	21	18,6	24	15	20,5	..	..	..	..	..	1	..	..	..	16	..	..	..
Cöln	520530	1138	25,7	1113	852	31,2	3	..	4	23	12	19	1	..	1	793	11	..	33
Bonn [2]	89967	236	30,6	243	123	31,5	..	..	..	1	1	..	..	..	..	100	2	..	3
Mülheim a. Rh.	53742	133	29,7	151	110	33,7	1	..	..	1	1	1	..	..	..	96	1	..	8
Saarbrücken	105097	263	31,5	238	150	28,5	2	..	..	..	..	..	..	..	..	142	2	..	4
Trier	49647	94	22,5	93	32	22,3	..	..	..	..	..	1	..	..	..	34	1	1	1
Coblenz	56478	94	18,8	70	30	14,0	..	..	1	..	..	..	..	..	..	31	1	..	5
Kreuznach	25500	43	20,2	44	16	20,7	..	..	..	..	..	..	1	..	..	15	..	..	..
Neuwied	19107	43	25,8	30	15	18,8	..	..	..	..	..	..	..	..	..	13	..	..	3
Wiesbaden	107279	156	17,1	134	28	14,7	..	..	..	..	..	..	1	..	1	21	5	..	2
Kassel	153300	301	23,1	261	118	20,0	1	..	3	1	6	..	1	..	..	118	3	..	10

1) Düren: darunter 5,81 ‰ Sterbefälle Auswärtiger in Anstalten.
2) Bonn: darunter 4,94 ‰ Geburten und 6,89 ‰ Sterbefälle Auswärtiger in Anstalten.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Nachweisung über Krankenaufnahme und Bestand in den Krankenhäusern aus 47 Städten der Provinzen Westfalen, Rheinland und Hessen-Nassau pro Monat September 1911.

Städte	Krankenhäuser	Bestand am Schlusse		Summe der Aufgenommenen	Krankheitsformen der Aufgenommenen												Zahl der Gestorbenen
		des vorigen Monats	dieses Monats		Pocken	Varizellen	Masern u. Röteln	Scharlach	Diphther. u. Kroup	Keuchhusten	Unterleibstyphus	Epid. Genickstarre	Ruhr	Brechdurchfall	Kindbettfieber	Wechselfieber	Rose	
Münster	Clemenshosp. u. Johannisstift	247	254	203	..	..	..	4	4	..	..	..	..	9	..	..	..	22
Bielefeld	städt. Krankenhaus	124	132	126	..	..	..	5	..	..	5	..	..	1	1	..	1	8
Minden	städtisches Krankenhaus	56	62	92	..	..	1	1	4	..	4	..	..	..	..	..	1	4
Herford	Friedrich-Wilhelm-Hospital	83	89	101	..	..	..	2	..	..	4	..	..	1	..	..	..	5
Hagen i. W.	städtisches Hospital	163	151	143	..	..	..	..	..	..	6	..	..	..	..	..	1	7
Witten	Diakonissenhaus	182	188	185	..	..	..	2	7	..	..	..	..	..	..	..	..	7
Hamm	städtisches Krankenhaus	145	147	145	..	..	..	1	..	..	2	..	..	..	.	..	1	8
Iserlohn	Bethanien-Krankenhaus	95	74	90	..	..	9	..	..	..	3	..	..	..	..	..	..	9
Siegen	städt. Hospital	84	62	95	..	..	..	3	3	..	1	..	..	..	..	..	1	5
Gelsenkirchen	Marienhosp. u. ev. Krankenh.	505	552	606	..	..	1	30	3	..	19	..	3	4	1	..	4	29
Altena	Johanniter- u. St. Vincenz-Hosp.	86	82	76	..	..	..	.	..	..	..	.	..	..	..	..	..	2
Düsseldorf	evangelisches Krankenhaus	213	200	214	..	..	..	..	5	..	..	..	..	..	..	..	1	12
„	Marienhospital	315	296	272	..	..	..	2	3	..	1	..	..	..	..	..	2	..
Essen a. d. Ruhr	ev. Huyssenstift und Kruppsches Krankenhaus	526	542	1065	..	..	1	1	6	..	13	..	..	14	2	..	4	35
„	städt. Krankenhaus	351	407	513	..	..	4	36	6	3	11	..	49	4	..	..	3	39
Elberfeld	St. Josephhospital	155	174	189	..	..	..	2	4	..	1	..	..	..	..	..	4	9
„	städtisches Krankenhaus	396	380	398	..	2	..	7	1	5	1	..	..	7	..	..	6	20
Crefeld	„ „	240	286	242	..	..	..	11	4	5	1	..	..	9	..	..	..	16
Remscheid	„ „	92	87	167	..	.	..	1	6	..	..	..	..	..	..	..	..	5
M.-Gladbach	Bethesda- u. Mariahilf-Krkhs.	323	282	298	..	..	..	5	5	..	1	..	1	3	..	..	..	20
Solingen	städtisches Krankenhaus	168	149	164	..	..	..	2	8	..	7	..	..	..	2	..	2	15
Viersen	allgemeines „	81	72	43	..	..	..	..	3	..	..	..	..	..	..	..	..	2
Eheydt	städtisches „	96	101	95	..	..	..	..	3	..	2	..	..	5	..	..	..	9
Duisburg-Meiderich	St. Elisabeth- und Kaiser Wilhelm-Krankenhaus	183	218	285	..	..	..	18	3	..	40	..	..	2	..	..	1	4
Neuss	städtisches Krankenhaus	50	99	84	..	..	..	11	5	..	1	..	..	1	..	..	..	4
Oberhausen-Styrum	St. Josef-Krankenhaus	120	111	135	..	..	..	1	1	..	38	..	..	..	..	..	3	12
Ruhrort	Hanielstiftung	37	71	103	..	..	..	8	2	..	6	..	..	..	..	..	..	2
Odenkirchen	Kaiser Wilhelm-Krankenhaus	12	9	9	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	5
Rochemmerich	Krankenhaus der Friedr. Alfr. Krupp-Hütte	15	12	15	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Aachen	Elisabeth- u. Mariahilf-Krkhs.	556	575	750	..	..	80	43	7	3	21	..	..	26	..	..	5	80
Aachen-Burtscheid	St. Marienhospital	175	150	141	..	..	..	..	1	..	2	..	..	..	..	..	..	2
Düren	städtisches Hospital	121	141	179	..	..	..	3	4	..	2	..	1	2	..	..	1	8
Eschweiler	St. Antoniushospital	105	85	68	..	.	..	2	4	..	..	..	..	1	..	..	..	7
Lupen	St. Nikolaus-Krankenhaus	71	65	34	..	..	..	1	..	..	2	..	..	..	..	..	..	2
Stolberg	Bethlehemshospital	91	82	39	..	..	..	..	..	..	..	..	..	3	..	..	..	3
Köln	Bürger- u. Augustahospital	800	762	933	..	..	26	..	6	16	5	..	..	..	..	..	10	73
Köln-Deutz	städtisches Hospital	130	130	122	..	..	1	..	..	..	6	..	..	2	..	..	2	6
Köln-Ehrenfeld	St. Franziskushospital	116	136	102	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	6
Mülheim a. Rh.	städt. u. Dreikönigenhospital	309	317	423	..	..	..	7	16	..	1	..	..	2	..	1	..	15
Köln-Kalk	St. Josefhospital	175	169	172	..	..	2	3	3	1	9	..	..	5	..	..	..	17
Trier	städt. Hospital	138	144	91	..	..	..	..	..	1	..	..	..	1	..	..	1	9
Saarbrücken	Neues Krkhs. der Hospitalstift.	209	205	245	..	..	..	1	1	..	18	..	..	1	..	..	..	20
Koblenz	Bürgerhospital (städtisches)	211	189	242	..	..	..	10	11	..	4	..	..	..	3	..	..	22
Kreuznach	„	32	35	37	..	..	..	..	..	..	1	..	..	..	..	..	..	2
Neuwied	Krankenhaus d. Frauenvereins	126	127	138	..	..	..	5	2	..	3	..	..	2	..	..	..	5
Wiesbaden	städtisches Krankenhaus	?	329	503	..	..	..	1	15	1	9	3	2	..	..	..	2	28
Kassel	Landkrankenhaus	377	384	308	..	..	..	7	13	..	6	..	..	3	..	..	2	22
Fulda	„	197	214	181	..	..	..	1	3	..	1	..	..	1	1	..	1	15
Eschwege	„	18	20	49	..	..	..	..	3	..	2	..	..	..	..	..	..	2
Hünteln	„	36	36	30	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	3

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Sterblichkeits-Statistik von 51 Städten der Provinzen Westfalen, Rheinland und Hessen-Nassau pro Monat September 1911.

Monat September 1911	Einwohner-Zahl	Zahl der Lebend-geborenen	Verhältn.-Zahl der Geborenen auf 1000 Einw. und auf 1 Jahr	Zahl der Sterbefälle ausschl. Totgeborenen	Darunter Kinder unter 1 Jahr	Verhältn.-Zahl der Gestorbenen auf 1000 Einwohner u. auf 1 Jahr	Todesursachen: Infektions-Krankheiten: Kindbettfieber	Pocken	Scharlach	Masern und Röteln	Diphtheritis und Kroup	Keuchhusten	Typhus	Ruhr	Andere Infektionskrankh.	Magen- u. Darmkatarrh, Brechdurchfall, Atrophie der Kinder	Gewaltsamer Tod: Selbstmord	Mord u. Totschlag, sowie Hinrichtung	Verunglückung
Münster	91000	134	17,4	117	46	15,2	..	..	..	1	1	..	..	..	..	34	..	..	2
Bielefeld	80000	152	22,8	68	22	10,2	..	..	..	3	2	1	..	1	2	13	1	..	3
Paderborn	29526	93	37,2	38	22	15,2	..	..	..	..	..	..	..	..	..	12	..	..	1
Minden	26518	39	17,6	24	8	10,2	..	..	..	..	..	1	1	..	..	6	..	..	..
Dortmund	219701	551	30,5	307	128	17,0	..	..	2	2	6	1	5	..	..	86	1	1	13
Gelsenkirchen	170000	589	41,2	363	160	25,4	..	..	1	1	1	4	2	..	..	165	4	..	14
Bochum	136916	449	40,3	218	88	19,6	1	..	7	..	..	..	1	..	..	76	..	..	7
Hagen	89000	216	30,2	110	46	15,4	..	..	1	2	..	8	1	..	..	28	3	..	1
Herne	57200	216	45,3	121	60	25,4	..	..	..	..	2	4	1	..	..	52	..	..	4
Hamm	44019	125	35,0	79	37	22,1	..	..	..	..	1	..	1	..	..	32	1	..	1
Witten	37422	76	24,4	38	9	12,2	..	..	1	..	..	..	..	..	..	6	2	..	2
Lüdenscheid	33000	55	18,7	38	14	14,0	..	..	..	..	..	..	..	..	..	15	..	..	2
Iserlohn	31294	53	20,0	34	14	10,3	..	..	2	..	..	..	1	..	..	10	..	..	..
Siegen	27416	66	28,8	43	12	18,8	..	..	2	..	1	..	..	..	..	7	..	..	2
Schwelm	20432	41	24,6	21	13	12,6	..	..	..	..	..	..	..	..	..	8	..	..	1
Lippstadt	16428	35	24,5	19	8	13,3	..	..	..	..	..	..	..	..	..	7	..	..	..
Altena	14500	42	34,8	12	9	9,9	..	..	..	..	..	..	..	..	..	8	..	..	..
Düsseldorf	370600	829	27,2	491	208	15,6	..	..	4	2	2	3	2	..	1	174	4	..	16
Essen a. d. Ruhr	300304	746	29,8	456	197	18,2	..	..	2	9	5	13	5	..	..	201	7	..	15
Duisburg	233300	625	32,6	478	266	24,9	..	..	1	..	..	19	6	..	1	258	1	1	13
Elberfeld	169861	309	21,8	196	62	13,9	..	..	..	..	1	4	2	..	1	44	6	..	11
Barmen	169800	304	21,8	166	48	11,9	..	..	4	..	3	5	2	..	1	34	2	..	5
Crefeld	129000	258	24,0	180	77	16,7	..	..	..	3	..	4	..	..	..	62	..	..	1
Mülheim a. d. R.	113798	263	27,7	158	86	16,6	..	..	..	1	..	..	1	..	..	89	..	..	5
Remscheid	73800	163	29,3	82	32	14,9	..	..	..	1	..	3	..	..	..	25	1	..	2
M.-Gladbach	66865	152	27,4	118	61	21,2	..	..	..	..	..	..	1	1	..	52	..	..	..
Oberhausen	89897	258	44,0	206	88	35,3	1	..	..	4	3	3	4	1	2	103	3	..	5
Solingen	50541	75	17,8	70	27	16,6	1	..	1	..	4	1	2	..	..	15	..	1	4
Rheydt	44349	96	26,0	54	25	14,6	1	..	..	..	1	1	1	..	..	14	1	..	..
Neuss	37212	92	29,6	76	45	24,5	..	..	1	..	..	..	2	..	..	34	..	..	1
Viersen	30172	70	27,8	80	56	31,8	..	..	..	..	..	..	..	..	..	56	..	..	2
Wesel	24453	48	23,5	36	17	17,7	..	..	..	..	1	..	..	..	..	16	..	..	..
Mörs	23737	73	37,4	48	29	24,7	..	..	..	..	..	2	..	..	..	28	1	2	1
Wermelskirchen	16380	28	20,6	14	3	10,3	..	..	..	..	..	..	..	..	..	2	..	..	..
Ronsdorf	15376	31	24,2	10	3	7,8	..	..	..	..	..	..	..	..	..	4	..	..	1
Lennep	13208	29	29,0	18	7	18,0	..	..	..	..	..	..	..	1	1	5	..	..	3
Aachen	156680	290	22,2	339	172	26,0	..	..	2	13	1	5	3	..	..	162	..	1	4
Düren [1]	32437	57	21,3	63	26	23,6	..	..	..	..	2	..	..	3	..	19	..	..	2
Eschweiler	24740	54	26,2	58	30	28,1	..	..	..	..	..	2	..	..	..	27	..	..	..
Stolberg	15759	41	31,0	48	27	37,0	..	..	..	..	..	3	..	..	..	25	..	1	..
Eupen	13540	15	13,2	16	4	14,8	..	..	..	..	..	..	..	..	..	3	..	..	..
Cöln	520348	1091	25,5	866	417	20,3	2	..	6	12	8	17	2	..	8	329	9	1	26
Bonn [2]	89967	213	27,6	163	66	21,1	..	..	1	1	4	..	..	..	..	35	..	..	3
Mülheim a. Rh.	53745	102	22,8	84	52	18,8	..	..	1	2	1	..	..	..	..	39	1	..	5
Saarbrücken	105097	252	30,2	172	73	20,6	..	..	..	..	..	..	3	..	..	64	1	..	4
Trier	49647	84	21,0	78	21	19,5	..	..	1	..	..	3	1	..	..	15	1	1	2
Coblenz	56478	111	22,2	86	34	17,2	..	..	..	..	..	..	..	..	..	30	..	..	2
Kreuznach	25500	48	22,6	29	7	14,2	..	..	1	..	..	..	1	..	..	2	..	..	..
Neuwied	19104	32	20,2	22	5	13,8	..	..	..	..	..	..	.	..	..	5	..	1	..
Wiesbaden	108293	149	16,9	107	18	12,5	..	..	..	..	2	..	2	..	..	13	1	..	2
Kassel	153000	289	23,0	161	50	12,8	1	..	..	1	3	..	1	..	..	39	4	1	3

1) Düren: darunter 5,62‰ Sterbefälle Auswärtiger in Anstalten.
2) Bonn: darunter 4,03‰ Geburten und 5,59‰ Sterbefälle Auswärtiger in Anstalten.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Nachweisung über Krankenaufnahme und Bestand in den Krankenhäusern aus 47 Städten der Provinzen Westfalen, Rheinland und Hessen-Nassau pro Monat Oktober 1911.

Städte	Krankenhäuser	Bestand am Schlusse		Summe der Aufgenommenen	Krankheitsformen der Aufgenommenen												Zahl der Gestorbenen
		des vorigen Monats	dieses Monats		Pocken	Varizellen	Masern u. Röteln	Scharlach	Diphther. u. Kroup	Keuchhusten	Unterleibstyphus	Epid. Genickstarre	Ruhr	Brechdurchfall	Kindbettfieber	Wechselfieber	Rose	
Münster	Johannisstift	59	56	56	..	..	..	1	..	..	..	.	..	..	..	..	2	1
Bielefeld	städt. Krankenhaus	132	141	147	..	..	..	..	1	..	1	..	..	..	..	..	..	21
Minden	städtisches Krankenhaus	62	67	101	..	..	..	3	1	..	..	..	..	..	..	..	..	6
Herford	Friedrich Wilhelm-Hospital	89	98	81	..	..	..	1	3	..	5	..	..	1	..	..	..	1
Hagen i. W.	städtisches Hospital	151	172	157	..	..	..	2	3	..	5	..	..	..	..	..	1	6
Witten	Diakonissenhaus	188	196	167	..	..	..	3	3	..	..	..	..	..	..	..	..	6
Hamm	städtisches Krankenhaus	147	140	153	..	..	..	..	..	..	2	..	..	..	..	..	1	9
Iserlohn	Bethanien-Krankenhaus	74	93	103	..	..	..	..	2	..	4	2	..	..	..	..	1	5
Siegen	städt. Hospital	62	77	95	..	..	..	1	2	..	..	..	..	..	..	..	1	5
Gelsenkirchen	Marienhospital u. ev. Krankenh.	552	544	544	..	..	..	44	3	..	15	..	3	2	3	..	4	33
Altena	Johanniter- u. St. Vincenz-Krkh.	82	85	88	..	..	..	..	1	..	..	..	..	..	..	..	..	5
Düsseldorf	evangelisches Krankenhaus	200	217	252	..	..	..	1	2	..	1	..	..	2	..	..	2	15
„	Marienhospital	296	324	317	..	..	2	8	8	..	2	..	..	..	..	..	1	32
Essen a. d. Ruhr	evang. Huyssenstift u. Krupp-sches Krankenhaus	542	558	950	..	..	..	3	6	..	9	..	..	4	2	..	5	39
„ „	städt. Krankenhaus	407	423	463	..	..	2	29	6	3	13	..	19	..	..	..	3	30
Elberfeld	St. Josephshospital	174	193	188	..	..	..	11	..	..	1	..	..	..	..	..	1	15
„	städtisches Krankenhaus	380	406	433	..	4	..	23	3	3	2	..	..	3	..	..	5	22
Crefeld	„ „	286	277	230	..	..	..	12	..	..	5	..	..	..	..	..	5	21
Remscheid	„ „	87	92	148	..	..	..	2	1	..	..	..	..	..	..	..	3	9
M.-Gladbach	Bethesda- u. Mariahilf-Krkhs.	282	284	296	..	..	..	1	2	..	4	..	1	1	..	..	..	17
Solingen	städtisches Krankenhaus	149	149	154	..	..	..	1	3	..	5	..	..	..	..	..	2	12
Viersen	allgemeines „	72	90	64	..	..	..	2	1	..	1	..	..	..	..	..	..	5
Rheydt	städtisches „	101	103	125	..	..	..	1	..	..	..	..	..	..	..	..	1	5
Duisburg-Meiderich	St. Elisabeth- und Kais. Wilh.-Krankenhaus	218	232	266	..	..	..	9	2	..	59	..	..	..	1	..	3	15
Neuss	städtisches Krankenhaus	99	88	88	..	..	..	7	..	..	2	..	..	..	..	..	2	5
Oberhausen-Styrum	St. Josephs-Krankenhaus	111	180	175	..	..	..	..	2	..	80	..	..	..	..	..	..	7
Ruhrort	Hanielstiftung	71	74	95	..	..	..	7	1	..	10	..	..	..	..	..	1	..
Odenkirchen	Kaiser Wilhelm-Krankenhaus	9	13	13	..	..	..	1	1	..	..	..	..	..	1	..	..	2
Hochemmerich	Krankenhaus der Friedr. Alfr. Krupp-Hütte	12	12	20	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	3
Aachen	Elisabeth- u. Mariahilf-Krkhs.	575	574	683	..	..	113	53	17	..	50	..	..	1	..	..	3	53
Aachen-Burtscheid	St. Marienhospital	150	158	166	..	..	..	..	..	..	4	..	..	..	..	..	..	8
Düren	städtisches Hospital	141	151	182	..	..	..	2	5	..	2	..	..	2	..	..	2	12
Eschweiler	St. Antoniushospital	85	95	73	..	..	..	..	2	..	1	..	..	..	..	..	..	3
Eupen	St. Nikolauskrankenhaus	65	64	32	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	2
Stolberg	Bethlehemhospital	82	88	42	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	2
Cöln	Bürger- u. Augustahospital	762	782	902	..	..	27	1	5	1	4	..	..	.	..	..	6	50
Cöln-Deutz	städtisches Hospital	130	151	136	..	..	..	..	..	..	1	..	..	..	..	..	1	4
Cöln-Ehrenfeld	St. Franziskushospital	136	173	156	..	..	..	..	..	5	..	..	..	..	1	..	3	10
Mülheim a. Rh.	städt. u. Dreikönigenhospital	317	341	406	..	..	1	2	7	..	1	..	..	3	..	..	2	8
Cöln-Kalk	St. Josephshospital	169	167	159	..	..	1	3	1	..	7	..	..	3	..	..	1	16
Trier	städt. Hospital	144	142	92	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	9
Saarbrücken	Neues Krkhs. der Hospitalstift.	205	212	217	..	..	..	5	..	..	11	..	..	..	..	..	1	12
Coblenz	Bürgerhospital (städtisches)	189	202	255	..	..	..	8	6	..	1	..	..	5	..	..	1	20
Kreuznach	„ „	35	40	38	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	3
Neuwied	Krankenhaus d. Frauenvereins	127	119	138	..	..	..	..	..	..	4	..	..	1	..	..	..	8
Wiesbaden	städtisches Krankenhaus	329	342	301	..	..	..	7	18	..	12	..	..	1	2	..	4	34
Kassel	Landkrankenhaus	384	370	294	..	..	..	5	13	..	5	..	..	1	..	..	3	19
Fulda	„	214	216	214	..	..	3	..	5	..	1	..	..	1	..	..	..	19
Eschwege	„	20	28	41	..	..	..	1	4	..	5	..	..	..	..	..	1	3
Rinteln	„	36	31	37	..	..	..	..	..	..	1	..	..	..	..	..	..	4

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Sterblichkeits-Statistik von 51 Städten der Provinzen Westfalen, Rheinland und Hessen-Nassau pro Monat Oktober 1911.

Monat Oktober 1911	Einwohner-Zahl	Zahl der Lebend-geborenen	Verhältn.-Zahl der Geborenen auf 1000 Einw. und auf 1 Jahr	Zahl der Sterbefälle ausschl. Totgeborenen	Darunter Kinder unter 1 Jahr	Verhältn.-Zahl der Gestorbenen auf 1000 Einwohner u. auf 1 Jahr	Todesursachen: Infektions-Krankheiten: Kindbettfieber	Pocken	Scharlach	Masern und Röteln	Diphtheritis und Kroup	Keuchhusten	Typhus	Ruhr	Andere Infektionskrankh.	Magen- u. Darmkatarrh, Brechdurchfall, Atrophie der Kinder	Gewaltsamer Tod: Selbstmord	Mord u. Totschlag, sowie Hinrichtung	Verunglückung
Münster	91000	178	23,2	111	21	14,4	..	..	..	..	1	..	..	..	..	12	..	..	3
Bielefeld	79900	121	18,2	69	17	10,4	3	..	..	3	..	..	..	..	1	6	..	..	..
Paderborn	29526	87	36,5	26	5	10,9	..	..	..	..	2	..	..	..	..	3	..	..	..
Minden	26518	52	23,5	25	3	11,3	1	..	..	..	..	..	..	..	..	2	..	..	3
Dortmund	221058	617	32,9	276	86	14,7	..	..	5	4	8	7	1	..	2	33	8	..	9
Gelsenkirchen	171000	562	39,3	225	68	15,7	3	..	3	..	1	3	1	..	..	47	2	..	11
Bochum	136916	406	36,4	187	48	16,7	2	..	9	1	2	..	1	..	..	22	2	..	5
Hagen	89000	216	30,2	100	30	14,0	.	..	..	1	2	5	1	..	..	10	2	.	6
Herne	59653	201	40,4	85	26	17,1	1	..	5	..	4	5	..	1	1	13	1	..	3
Hamm	44427	106	26,5	54	15	13,5	..	..	..	..	..	..	..	..	..	11	.	..	..
Witten	37400	91	29,2	41	8	13,2	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	2
Lüdenscheid	33000	60	21,8	27	2	9,8	..	..	..	..	1	..	..	..	..	3	..	..	..
Iserlohn	31294	66	20,5	23	5	8,8	..	..	1	..	1	..	..	..	..	1	..	..	..
Siegen	27416	67	29,3	35	11	15,3	..	..	..	1	2	..	..	..	..	1	.	..	1
Schwelm	20132	47	28,4	11	1	6,2	..	..	..	..	1	..	..	..	..	..	1	..	..
Lippstadt	16353	48	28,8	17	6	10,2	..	..	..	..	..	..	1	..	..	3	..	..	1
Altena	14500	29	24,0	20	6	16,5	..	..	1	..	..	..	..	..	..	2	..	..	2
Düsseldorf	372900	826	26,1	434	122	13,7	..	1	4	3	3	2	1	..	..	49	4	1	16
Essen a. d. Ruhr	301140	748	29,8	362	118	14,4	3	..	8	3	5	8	..	..	1	56	6	5	10
Duisburg	234800	670	33,6	309	106	15,4	1	..	1	3	5	4	7	..	..	59	1	..	15
Elberfeld	169947	310	21,9	180	45	12,7	1	..	4	..	1	2	..	..	1	17	6	..	8
Barmen	170100	322	22,3	166	28	11,5	..	..	1	..	1	5	..	..	3	12	4	..	4
Crefeld	129000	228	21,2	133	34	12,4	..	..	2	..	..	..	1	..	1	19	2	..	2
Mülheim a. d. R.	114492	308	32,2	159	46	16,6	1	..	4	..	2	1	14	..	..	26	2	..	5
Remscheid	73900	164	27,9	58	14	9,8	..	..	1	..	1	1	..	..	..	2	..	1	2
M.-Gladbach	66483	174	31,3	109	40	19,6	1	..	..	..	..	1	..	1	..	24	..	..	2
Oberhausen	70000	252	43,2	118	37	20,3	1	..	.	2	1	1	11	..	..	21	..	..	8
Solingen	50541	72	17,1	49	8	11,6	..	..	1	..	1	1	1	..	..	1	..	..	..
Rheydt	44347	90	24,4	49	13	13,2	..	..	1	..	..	2	..	..	..	8	..	..	..
Neuss	37216	90	29,0	55	16	17,7	..	..	..	..	..	..	1	..	..	6	..	..	1
Viersen	30172	61	24,3	38	16	15,1	..	..	..	..	2	..	..	..	..	10	..	..	..
Wesel	24453	48	24,0	30	8	15,0	..	..	..	..	1	..	..	..	..	7	..	..	1
Mörs	23894	73	36,9	34	12	17,4	1	..	..	..	..	..	..	..	..	7	..	..	1
Wermelskirchen	16380	29	21,3	11	2	8,0	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1	..	..	..
Ronsdorf	15376	29	22,4	13	2	10,1	..	..	1	..	..	..	..	..	..	..	3	..	..
Lennep	13265	26	25,7	10	2	9,8	..	..	..	..	..	..	..	..	..	3	..	..	..
Aachen	157318	270	20,6	244	69	18,6	..	..	1	33	4	1	5	..	..	39	1	..	11
Düren [1]	32437	73	26,5	47	19	17,1	..	..	..	..	..	..	..	..	..	9	..	..	..
Eschweiler	24740	50	24,2	37	16	17,9	..	..	3	..	..	..	..	..	..	12	..	..	..
Stolberg	15759	40	30,0	18	4	14,0	..	..	..	..	..	1	..	..	..	4	..	..	1
Eupen	13540	24	21,2	23	5	20,3	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1	..	..	..
Cöln	521700	1105	24,9	662	195	14,9	3	..	5	15	11	6	1	..	5	102	8	1	23
Bonn [2]	89967	204	26,5	153	36	19,9	1	1	..	2	1	..	1	..	..	14	2	..	4
Mülheim a. Rh.	53746	106	23,6	48	24	10,7	..	..	..	..	..	2	..	..	..	14	..	..	2
Saarbrücken	105097	256	30,7	131	44	15,7	1	..	1	..	..	..	2	..	..	20	1	..	2
Trier	49647	90	21,6	68	11	16,3	..	..	2	..	1	..	..	..	.	4	..	1	2
Coblenz	56478	73	15,5	63	13	13,3	..	..	..	..	..	..	..	..	..	7	3	..	..
Kreuznach	25500	43	21,7	28	4	14,1	..	..	..	..	..	..	3	..	..	..	..	..	1
Neuwied	19104	35	22,0	26	5	16,3	..	..	.	..	..	..	..	..	..	1	..	..	2
Wiesbaden	107526	135	14,7	132	20	14,4	..	..	..	..	3	..	1	..	4	7	4	..	1
Kassel	153500	284	21,8	135	24	10,4	..	..	1	3	7	..	..	..	2	12	2	..	4

1) Düren: darunter 2,5‰ Sterbefälle Auswärtiger in Anstalten.

2) Bonn: darunter 3,90‰ Geburten und 5,46‰ Sterbefälle Auswärtiger in Anstalten.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Nachweisung über Krankenaufnahme und Bestand in den Krankenhäusern aus 47 Städten der Provinzen Westfalen, Rheinland und Hessen-Nassau pro Monat November 1911.

Städte	Krankenhäuser	Bestand am Schlusse		Summe der Aufgenommenen	Krankheitsformen der Aufgenommenen												Zahl der Gestorbenen
		des vorigen Monats	dieses Monats		Pocken	Varizellen	Masern u. Röteln	Scharlach	Diphther. u. Kroup	Keuchhusten	Unterleibstyphus	Epid. Genickstarre	Ruhr	Brechdurchfall	Kindbettfieber	Wechselfieber	Rose	
Münster	Clemenshosp. u. Johannisstift	267	304	288	..	..	..	8	3	1	..	.	..	6	..	..	1	34
Bielefeld	städt. Krankenhaus	141	139	141	..	..	..	3	..	..	1	..	..	..	..	..	..	11
Minden	städtisches Krankenhaus	67	69	82	..	..	..	..	2	..	..	..	..	..	..	..	2	6
Herford	Friedrich Wilhelm-Hospital	98	107	84	..	..	..	2	..	..	..	..	..	..	..	..	..	3
Hagen i. W.	städtisches Hospital	172	198	154	..	..	..	7	..	..	5	..	..	..	1	..	1	12
Witten	Diakonissenhaus	196	232	232	..	..	..	4	6	..	1	..	..	..	..	..	1	10
Hamm	städtisches Krankenhaus	140	150	199	..	..	1	3	1	..	..	..	..	..	..	..	1	7
Iserlohn	Bethanien-Krankenhaus	93	117	116	..	..	..	..	..	..	4	..	..	..	..	..	..	6
Siegen	städt. Hospital	77	81	103	..	..	..	2	10	..	..	..	..	..	..	..	2	5
Gelsenkirchen	Marienhospital u. ev. Krankenh.	544	558	573	..	..	..	53	7	..	11	..	..	4	3	..	5	23
Altena	Johanniter- u. St. Vincenz-Krkh.	85	86	71	..	..	..	1	..	..	..	..	..	..	..	..	..	3
Düsseldorf	evangelisches Krankenhaus	217	241	208	..	..	..	1	4	..	..	..	..	1	..	..	1	12
„	Marienhospital	324	327	288	..	..	..	8	8	..	..	..	..	..	..	..	4	26
Essen a. d. Ruhr	evang. Huyssenstift u. Kruppsches Krankenhaus	558	561	949	..	..	..	2	7	..	5	..	..	1	1	..	6	15
„ „	städt. Krankenhaus	423	384	443	..	..	2	41	6	2	3	..	3	..	..	..	2	27
Elberfeld	St. Josephshospital	193	209	180	..	..	..	3	1	..	..	..	..	..	..	..	4	15
„	städtisches Krankenhaus	406	432	411	..	3	1	7	..	5	..	1	..	1	2	..	8	19
Crefeld	„ „	277	305	272	..	..	1	21	6	..	3	..	..	..	3	..	2	25
Remscheid	„ „	92	100	151	..	..	..	2	4	..	..	..	..	..	..	..	3	11
M.-Gladbach	Bethesda- u. Mariahilf-Krkhs.	284	319	294	..	..	..	2	7	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Solingen	städtisches Krankenhaus	149	147	151	..	..	..	1	7	..	2	..	..	..	..	..	..	8
Viersen	allgemeines „	90	81	36	..	..	..	.	2	..	..	..	..	..	..	..	..	4
Rheydt	städtisches „	103	107	91	..	..	..	2	5	1	..	..	..	..	..	..	2	5
Duisburg-Meiderich	St. Elisabeth- und Kais. Wilh.-Krankenhaus	232	241	246	..	..	..	6	..	..	20	..	..	..	..	..	1	10
Neuss	städtisches Krankenhaus	88	82	74	..	..	..	3	2	..	..	..	..	..	..	..	..	4
Oberhausen-Styrum	St. Josephs-Krankenhaus	180	160	124	..	..	..	..	3	.	20	..	..	..	3	..	1	4
Ruhrort	Hanielstiftung	74	89	141	..	..	..	13	..	..	4	..	..	..	..	..	..	10
Odenkirchen	Kaiser Wilhelm-Krankenhaus	13	13	5	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1
Hochemmerich	Krankenhaus der Friedr. Alfr. Krupp-Hütte	12	16	17	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Aachen	Elisabeth- u. Mariahilf-Krkhs.	574	510	502	..	1	71	30	14	1	7	..	..	..	..	..	5	58
Aachen-Burtscheid	St. Marienhospital	158	157	143	..	..	..	..	1	..	3	..	..	..	..	..	..	5
Düren	städtisches Hospital	151	142	154	..	..	..	2	6	..	..	..	..	2	..	..	2	15
Eschweiler	St. Antoniushospital	95	105	62	..	..	..	2	3	..	..	..	..	..	..	..	..	2
Eupen	St. Nikolauskrankenhaus	64	71	37	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	3
Stolberg	Bethlehemhospital	88	81	37	..	..	..	..	1	..	..	..	..	..	..	..	..	3
Cöln	Bürger- u. Augustahospital	782	830	907	..	..	40	..	10	7	1	..	..	..	..	..	4	73
Cöln-Deutz	städtisches Hospital	151	154	114	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1	..	..	5
Cöln-Ehrenfeld	St. Franziskushospital	173	170	86	..	..	..	..	..	6	..	..	..	..	1	..	2	7
Mülheim a. Rh.	städt. u. Dreikönigenhospital	341	355	388	..	..	1	4	12	..	..	..	..	..	..	..	..	19
Cöln-Kalk	St. Josephshospital	167	167	171	..	..	..	..	5	..	6	..	..	1	..	..	1	10
Trier	städt. Hospital	142	138	73	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	9
Saarbrücken	Neues Krkhs. der Hospitalstift.	212	200	229	..	..	..	7	..	..	3	..	..	..	..	..	3	14
Coblenz	Bürgerhospital (städtisches)	202	223	268	..	..	..	9	9	..	3	..	..	4	..	..	2	13
Kreuznach	„ „	40	37	29	..	..	1	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1
Neuwied	Krankenhaus d. Frauenvereins	119	129	142	..	..	1	1	..	..	..	..	..	..	..	..	..	5
Wiesbaden	städtisches Krankenhaus	342	?	309	..	3	..	3	25	..	..	..	..	1	..	..	4	30
Kassel	Landkrankenhaus	370	382	306	..	..	..	8	12	..	..	..	..	..	..	..	2	23
Fulda	„	216	223	177	..	..	..	..	6	..	3	..	..	..	..	..	..	16
Eschwege	„	28	26	43	..	..	..	..	3	..	..	..	..	..	..	..	..	3
Rinteln	„	31	32	28	..	..	..	..	1	..	..	..	..	..	..	..	1	1

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Sterblichkeits-Statistik von 51 Städten der Provinzen Westfalen, Rheinland und Hessen-Nassau pro Monat November 1911.

Monat Novsmber 1911	Einwohner-Zahl	Zahl der Lebend-geborenen	Verhältn.-Zahl der Geborenen auf 1000 Einw. und auf 1 Jahr	Zahl der Sterbefälle ausschl. Totgeborenen	Darunter Kinder unter 1 Jahr	Verhältn.-Zahl der Gestorbenen auf 1000 Einwohner u. auf 1 Jahr	Todesursachen: Infektions-Krankheiten: Kindbettfieber	Pocken	Scharlach	Masern und Röteln	Diphtheritis und Kroup	Keuchhusten	Typhus	Ruhr	Andere Infektionskrankh.	Magen- u. Darmkatarrh, Brechdurchfall, Atrophie der Kinder	Gewaltsamer Tod: Selbstmord	Mord u. Totschlag, sowie Hinrichtung	Verunglückung
Münster	91000	141	18,3	104	24	33,5	..	..	..	1	1	..	1	..	..	7	1	..	4
Bielefeld	79500	122	18,3	69	12	10,3	1	..	1	..	1	..	..	..	..	4	1	..	..
Paderborn	29526	87	34,8	33	3	13,2	..	..	..	..	1	..	1	..	..	1	..	1	1
Minden	26518	45	20,3	27	3	12,3	..	..	..	..	..	..	..	..	..	2	..	1	1
Dortmund	222975	611	33,3	244	75	13,3	..	..	3	6	9	3	2	..	3	17	1	..	4
Gelsenkirchen	171000	558	39,0	209	74	15,0	..	..	6	1	7	2	2	..	..	26	1	1	7
Bochum	133193	418	37,5	159	48	14,3	1	..	2	..	1	1	2	..	..	10	6	..	7
Hagen	89000	187	26,2	79	19	11,0	..	..	3	..	..	4	2	..	..	5	1	.	1
Herne	60000	212	42,3	54	12	10,8	..	..	1	..	..	..	1	..	..	3	..	..	3
Hamm	44512	96	24,0	56	13	14,0	1	..	..	..	2	..	..	..	..	6	..	..	3
Witten	37400	85	27,3	38	4	12,2	..	..	2	..	1	..	..	..	..	4	..	..	1
Lüdenscheid	33000	74	27,0	34	4	12,4	1	..	..	..	1	..	1	..	..	1	1	..	..
Iserlohn	31294	55	21,1	30	1	11,1	..	..	2	..	..	..	2	..	..	3	..	..	..
Siegen	28397	47	19,8	30	7	12,6	..	..	2	1	4	..	..	..	..	1	.	..	1
Schwelm	21000	44	25,8	19	7	10,8	..	..	..	1	1	..	..	..	..	1	..	..	..
Lippstadt	16353	32	22,4	18	7	12,6	..	..	..	..	..	..	..	..	..	4	..	..	..
Altena	14500	31	25,6	12	..	9,9	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Düsseldorf	375700	768	24,9	312	57	10,1	1	..	3	6	4	3	1	..	5	17	5	1	9
Essen a. d. Ruhr	302748	777	29,2	266	83	10,5	3	..	3	2	3	2	5	..	..	24	3	..	10
Duisburg	236600	661	34,0	269	77	13,8	..	..	3	2	5	3	10	..	1	19	3	..	18
Elberfeld	170412	358	25,2	204	42	14,4	3	..	6	..	1	1	..	..	1	6	2	..	6
Barmen	170700	273	19,5	155	30	11,0	2	..	2	2	1	1	1	..	1	5	2	..	1
Crefeld	129000	229	21,3	127	29	11,0	..	..	..	..	..	..	..	..	..	7	5	1	2
Mülheim a. d. R.	114946	296	30,9	108	35	11,2	..	..	..	..	1	3	4	..	..	11	2	1	3
Remscheid	74000	141	23,9	66	15	11,2	..	..	..	..	..	..	..	..	..	4	..	..	1
M.-Gladbach	66919	172	30,9	47	12	8,5	..	..	..	..	1	..	..	..	..	3	..	..	2
Oberhausen	75001	239	38,2	83	26	13,3	1	..	1	..	1	..	7	..	..	2	..	..	3
Solingen	50541	80	18,9	47	8	11,1	..	..	..	..	..	5	..	..	..	..	1	..	2
Rheydt	44500	104	27,9	40	11	10,8	..	..	1	..	..	..	..	..	..	1	..	1	2
Neuss	37216	91	29,3	46	17	14,8	..	..	3	..	1	..	..	..	..	1	1	..	1
Viersen	30172	55	21,9	33	6	12,8	..	..	1	..	..	..	..	..	..	1	1	..	1
Wesel	24453	54	27,0	28	9	14,0	..	..	..	5	1	..	1	..	..	1	1	..	2
Mörs	23952	61	30,6	27	12	13,1	..	..	..	..	..	..	..	..	..	3	..	..	..
Wermelskirchen	16380	27	19,8	7	1	5,2	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Ronsdorf	15376	31	24,2	8	2	6,2	..	..	..	..	..	..	..	..	..	2	..	..	..
Lennep	13280	22	22,1	12	..	12,0	..	..	1	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Aachen	157509	273	20,8	229	32	17,4	..	..	2	34	2	1	8	..	..	4	1	..	5
Düren [1]	32598	71	26,4	45	11	16,8	..	..	..	..	1	..	..	1	..	6	1	..	..
Eschweiler	24740	52	25,2	27	6	13,1	..	..	2	..	..	..	..	..	..	1	..	..	..
Stolberg	15591	38	29,0	14	4	11,0	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1
Eupen	13540	32	28,4	17	..	15,1	..	..	..	..	..	..	..	..	1	1	..	..	..
Cöln	523770	1122	26,0	564	143	13,1	7	..	4	14	10	2	2	..	5	38	4	..	20
Bonn [2]	89967	249	32,4	126	31	16,4	..	..	1	..	2	..	..	..	..	7	2	..	3
Mülheim a. Rh.	53979	107	23,8	66	25	14,7	..	..	..	1	1	2	..	..	..	6	..	1	4
Saarbrücken	109981	287	34,4	111	33	13,3	..	..	1	..	1	2	1	..	..	12	3	..	6
Trier	49647	80	20,0	58	9	14,5	..	..	1	1	..	1	1	..	..	2	..	..	1
Coblenz	56478	97	22,5	59	9	12,5	..	..	1	..	..	1	1	..	..	4	1	..	2
Kreuznach	25500	53	26,8	33	2	16,7	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1
Neuwied	19104	41	25,7	21	1	13,2	..	..	.	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1
Wiesbaden	107840	159	17,9	121	12	13,6	..	..	..	..	..	..	..	..	4	2	2	..	..
Kassel	154400	270	21,3	143	22	11,3	1	..	2	..	6	..	1	..	..	4	3	..	3

1) Düren: darunter 4,47 ‰ Sterbefälle Auswärtiger in Anstalten.
2) Bonn: darunter 6,37 ‰ Geburten und 4,81 ‰ Sterbefälle Auswärtiger in Anstalten.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Nachweisung über Krankenaufnahme und Bestand in den Krankenhäusern aus 47 Städten der Provinzen Westfalen, Rheinland und Hessen-Nassau pro Monat Dezember 1911.

Städte	Krankenhäuser	Bestand am Schlusse des vorigen Monats	Bestand am Schlusse dieses Monats	Summe der Aufgenommenen	Krankheitsformen der Aufgenommenen: Pocken	Varizellen	Masern u. Röteln	Scharlach	Diphther. u. Kroup	Keuchhusten	Unterleibstyphus	Epid. Genickstarre	Ruhr	Brechdurchfall	Kindbettfieber	Wechselfieber	Rose	Zahl der Gestorbenen
Münster	Clemenshosp. u. Johannisstift	304	281	295	..	..	3	6	1	..	..	..	..	3	1	..	6	20
Bielefeld	städt. Krankenhaus	139	163	170	..	..	..	5	3	..	..	..	..	..	..	..	..	10
Minden	städtisches Krankenhaus	69	71	82	..	..	..	1	3	..	2	..	..	..	..	..	..	8
Herford	Friedrich-Wilhelm-Hospital	107	97	75	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	8
Hagen i. W.	städtisches Hospital	198	194	140	..	..	1	3	1	..	4	..	..	..	1	..	2	9
Witten	Diakonissenhaus	232	210	220	..	..	..	7	2	..	3	..	..	..	..	..	2	14
Hamm	städtisches Krankenhaus	150	140	185	..	..	4	2	..	..	3	..	..	10	..	..	..	6
Iserlohn	Bethanien-Krankenhaus	117	105	97	.	..	..	1	..	..	3	..	..	..	.	..	1	8
Siegen	städt. Hospital	81	82	112	..	..	..	1	3	..	..	..	..	..	..	..	1	11
Gelsenkirchen	Marienhosp. u. ev. Krankenh.	558	556	502	..	..	..	36	3	..	3	..	..	..	4	..	2	24
Altena	Johanniter- u. St. Vincenz-Hosp.	86	80	66	..	..	..	.	..	..	..	.	..	..	..	..	..	5
Düsseldorf	evangelisches Krankenhaus	241	206	238	..	..	..	..	5	..	..	..	..	..	..	..	..	15
„	Marienhospital	327	325	317	..	..	1	12	8	..	1	..	..	..	3	..	8	20
Essen a. d. Ruhr	ev. Huyssenstift und Krupp-sches Krankenhaus	561	?	?	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
„	städt. Krankenhaus	384	347	436	..	1	6	15	7	1	5	..	..	1	1	..	5	28
Elberfeld	St. Josephhospital	209	185	164	..	..	..	4	3	..	.	..	..	.	..	..	2	18
„	städtisches Krankenhaus	432	387	326	..	3	..	7	6	11	..	2	..	..	2	..	4	12
Crefeld	„ „	305	276	247	..	..	..	10	2	..	..	..	..	..	1	..	4	28
Remscheid	„ „	100	109	151	..	.	1	3	7	..	..	..	..	1	..	..	..	10
M.-Gladbach	Bethesda- u. Mariahilf-Krkhs.	319	259	281	..	..	..	5	5	..	..	..	..	..	..	..	3	18
Solingen	städtisches Krankenhaus	147	148	152	..	..	..	1	2	..	..	..	..	1	..	..	1	11
Viersen	allgemeines „	81	90	47	..	..	..	..	5	..	..	..	..	..	..	.	1	4
Rheydt	städtisches „	107	100	83	..	..	..	2	4	..	1	..	..	..	..	..	..	6
Duisburg-Meiderich	St. Elisabeth- und Kaiser Wilhelm-Krankenhaus	241	263	305	..	..	..	45	2	..	12	..	..	1	..	..	..	16
Neuss	städtisches Krankenhaus	82	73	75	..	..	..	9	6	..	..	..	..	..	..	..	2	5
Oberhausen-Styrum	St. Josef-Krankenhaus	160	95	130	..	..	..	2	3	1	6	..	..	6	2	..	2	4
Ruhrort	Hanielstiftung	89	88	116	..	..	..	10	..	..	2	..	1	..	..	..	..	1
Odenkirchen	Kaiser Wilhelm-Krankenhaus	13	15	17	..	..	..	..	3	..	1	..	..	..	..	..	..	1
Hochemmerich	Krankenhaus der Friedr. Alfr. Krupp-Hütte	16	16	10	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Aachen	Elisabeth- u. Mariahilf-Krkhs.	510	444	494	..	..	20	28	14	1	3	..	..	..	..	..	2	34
Aachen-Burtscheid	St. Marienhospital	157	138	138	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	2	5
Düren	städtisches Hospital	142	120	149	..	..	..	16	..	..	1	..	..	..	..	..	..	12
Eschweiler	St. Antoniushospital	105	93	75	..	.	..	1	2	..	..	..	..	..	..	..	..	5
Eupen	St. Nikolaus-Krankenhaus	71	58	29	..	..	..	1	..	..	..	..	..	..	..	..	..	5
Stolberg	Bethlehemshospital	81	98	53	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	2
Cöln	Bürger- u. Augustahospital	830	711	817	..	1	17	..	11	5	1	..	..	..	..	..	5	56
Cöln-Deutz	städtisches Hospital	154	150	100	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1	..	1	14
Cöln-Ehrenfeld	St. Franziskushospital	170	159	105	..	..	..	..	..	4	..	..	..	..	..	..	2	5
Mülheim a. Rh.	städt. u. Dreikönigenhospital	355	348	375	..	..	1	10	9	..	..	..	..	..	1	..	..	21
Cöln-Kalk	St. Josefhospital	167	157	130	..	..	..	..	3	..	1	..	..	..	..	..	2	9
Trier	städt. Hospital	138	148	105	..	..	..	..	..	3	..	..	..	..	..	..	..	8
Saarbrücken	Neues Krkhs. der Hospitalstift.	200	197	216	..	..	..	3	4	1	8	..	..	.	..	..	..	15
Coblenz	Bürgerhospital (städtisches)	223	214	252	..	..	..	6	10	3	4	..	..	..	1	..	1	9
Kreuznach	„	37	32	34	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	2
Neuwied	Krankenhaus d. Frauenvereins	129	107	127	..	..	..	..	1	..	..	..	..	..	..	..	1	3
Wiesbaden	städtisches Krankenhaus	?	?	264	..	1	..	4	11	9	..	..	..	..	..	..	2	20
Kassel	Landkrankenhaus	382	357	283	..	..	..	1	15	..	..	..	..	..	..	..	1	10
Fulda	„	223	220	201	..	..	..	..	9	..	..	..	..	1	..	..	2	11
Eschwege	„	26	19	46	..	..	..	..	12	..	..	..	..	..	..	..	..	3
Rinteln	„	32	37	36	..	..	..	..	4	..	1	..	..	..	..	..	..	2

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Sterblichkeits-Statistik von 51 Städten der Provinzen Westfalen, Rhein-

Städte	Einwohnerzahl	Zahl der Lebendgeborenen	Verhältn.-Zahl der Geborenen auf 1000 Einw. und auf 1 Jahr	Zahl der Totgeborenen	Zahl der Sterbefälle ausschl. Totgeborenen	Verhältn.-Zahl der Gestorbenen auf 1000 Einwohner und auf 1 Jahr	Lebensalter d. Gestorbenen: bis 1 Jahr	über 1 bis 5 Jahre	über 5 bis 20 Jahre	über 20 bis 40 Jahre	über 40 bis 60 Jahre	über 60 Jahre alt	Alter unbekannt	Die Gestorbenen: Angeb. Lebensschwäche und Bildungsf.	Altersschwäche (über 60 Jahre)	Kindbettfieber	Pocken	Scharlach
Münster	92000	2259	24,5	43	1463	15,9	419	131	85	160	257	411	..	119	126	2	..	6
Bielefeld	80000	1718	21,4	35	868	10,8	232	60	65	144	149	218	..	66	39	5	..	2
Paderborn	29526	1114	37,7	25	474	16,0	130	35	24	78	88	118	1	51	45	6	..	..
Minden	26518	509	19,2	15	353	13,3	81	32	28	46	64	102	..	21	25	4	..	1
Dortmund	224099	7162	31,8	211	3692	16,4	1401	549	190	496	493	563	..	312	79	7	..	42
Gelsenkirchen	171000	7083	41,4	189	3000	17,5	1236	486	235	344	345	354	..	228	87	8	..	70
Bochum	136916	5384	39,0	150	2481	18,1	854	387	182	376	354	328	..	..	..	12	..	48
Hagen	90000	2505	27,8	63	1174	13,0	327	142	94	186	167	258	..	80	54	2	..	8
Herne	60065	2551	42,5	73	1019	16,9	426	187	62	134	100	110	..	108	32	5	..	18
Hamm	44532	1443	32,4	39	745	16,6	249	68	55	97	94	182	..	47	33	4	..	..
Witten	37422	1027	27,4	36	628	16,7	137	67	46	96	135	147	..	47	23	1	..	6
Lüdenscheid	33000	740	22,3	27	399	12,1	85	34	34	54	69	123	..	36	58	2	..	1
Iserlohn	31294	776	25,2	14	409	13,1	96	28	35	63	67	120	..	27	26	..	..	6
Siegen	28397	765	27,0	27	392	13,8	80	44	44	42	85	97	..	11	16	..	..	6
Schwelm	21000	557	25,5	14	229	10,9	52	11	10	32	40	84	..	19	7	1	..	..
Lippstadt	16423	497	30,3	16	252	15,3	79	21	10	29	41	72	..	15	15	1	..	..
Altena	14500	352	24,2	9	183	12,4	47	15	13	25	26	57	..	14	16	..	..	1
Düsseldorf	376900	9843	26,1	255	5313	14,1	1780	496	271	671	899	1193	3	342	273	5	1	22
Essen a. d. Ruhr	302736	9024	20,0	258	4243	14,1	1531	560	306	571	532	743	..	380	136	37	1	50
Duisburg	237000	7864	33,1	193	4200	17,9	1829	550	278	515	476	552	..	216	93	4	1	25
Elberfeld	170703	4098	24,1	133	2310	13,5	566	214	147	303	418	661	1	173	104	9	1	20
Barmen	170900	3596	21,1	124	1988	11,7	402	150	143	276	378	639	..	134	132	12	..	11
Crefeld	130000	2748	21,1	85	1855	14,2	500	144	87	168	334	622	..	100	107	1	..	7
Mülheim a. d. R.	114910	3318	29,0	107	1700	14,9	610	174	136	216	205	359	..	131	88	4	..	14
Remscheid	73796	1750	23,9	73	853	11,6	223	70	67	115	167	251	..	76	40	3	..	4
M.-Gladbach	67022	1948	29,0	59	1143	17,0	389	106	75	125	166	282	..	88	76	2	..	1
Oberhausen	76983	3025	39,8	75	1554	20,4	661	248	92	207	166	179	1	117	43	5	..	2
Solingen	50541	1017	20,3	42	689	13,7	133	78	60	80	123	215	..	41	41	2	..	2
Rheydt	44549	1226	27,8	38	629	14,2	206	67	47	77	83	149	..	32	43	1	..	3
Neuss	37216	1233	33,3	37	772	20,9	305	95	31	77	91	173	..	39	34	..	..	4
Viersen	30172	890	29,6	25	535	17,8	183	51	27	41	64	169	..	22	39	..	..	1
Wesel	24453	615	25,2	17	360	14,7	121	43	16	40	51	89	..	27	19	..	..	..
Mörs	23977	841	35,1	26	414	17,3	170	45	32	56	55	56	..	40	19	2	..	..
Wermelskirchen	16380	336	20,5	13	153	9,5	24	13	16	17	18	65	..	10	25	..	..	4
Ronsdorf	15376	336	21,9	11	128	8,5	22	12	11	17	22	44	..	9	7	..	..	4
Lennep	13308	305	22,9	9	170	13,0	38	8	11	19	28	66	..	4	30	..	..	3
Aachen	157649	3779	24,0	107	2945	18,5	912	324	114	264	441	890	..	130	197	3	..	13
Düren	32746	861	26,9	22	698	21,8	235	50	28	79	112	194	..	39	46	..	..	..
Eschweiler	24740	685	28,1	22	514	21,4	165	51	32	30	71	165	..	10	63	..	..	9
Stolberg	15591	466	30,0	18	319	20,4	123	38	18	24	38	78	..	11	16	..	..	..
Eupen	13540	247	18,3	10	255	18,9	53	6	12	21	37	125	1	15	41	..	..	2
Cöln	525259	14190	27,0	465	9357	17,8	3323	1104	447	975	1331	2127	..	516	275	34	..	41
Bonn	87967	2750	31,6	95	1919	22,0	550	127	104	251	416	465	1	129	99	7	1	6
Mülheim a. Rh.	54363	1428	26,3	42	886	16,3	367	54	55	107	137	163	3	55	35	2	..	6
Saarbrücken	105097	3196	30,4	110	1723	16,4	630	199	121	228	239	297	3	170	77	9	..	7
Trier	49647	1075	21,7	47	900	18,1	185	78	42	129	162	304	..	39	89	1	..	6
Coblenz	56478	1228	21,7	46	919	16,3	231	79	58	99	154	298	..	28	70	1	..	6
Kreuznach	23700	531	22,3	15	421	17,7	65	41	35	57	72	150	1	13	36	1	..	3
Neuwied	19104	450	28,9	14	329	17,3	68	37	22	33	52	117	..	16	28	1	..	..
Wiesbaden	109033	1951	17,9	68	1558	14,3	233	80	73	207	341	624	..	69	59	1	..	..
Kassel	154400	3539	22,9	114	2076	13,4	499	191	187	244	366	589	..	92	92	11	2	28

Generated on 2019-12-14 17:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google
Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA

nach den Gruppen des Kurzen Deutschen Todesursachenverzeichnisses

Masern und Röteln	Diphtheritis und Croup	Keuchhusten	Typhus	Uebertragbare Tierkrankheiten	Rose	Ruhr	Andere Infektionskrankheiten	Tuberkulose der Lungen	Tuberkulose anderer Organe	Lungenentzündung	Influenza	Andere übertragbare Krankheiten	Krankheiten der Atmungsorgane	Krankheiten der Kreislauforgane	Gehirnschlag	And. Krankheiten d. Nervensystems	Magen- u. Darmk. Brechdurchf. Atrophie d. Kinder	And. Krankheiten d. Verdauungsorg.	Krankh. d. Harn- u. Geschlechtsorg.	Krebs	And. Neubildungen	Gewalts.Tod: Selbstmord	Gewalts.Tod: Mord, Totschl., Hinrichtung	Gewalts.Tod: Verunglückungen	Andere benannte Todesursachen	Todesursache nicht angegeben
18	10	3	1	..	..	..	7	127	20	168	10	..	32	98	52	30	191	40	20	72	..	8	..	23	206	74
15	6	10	1	1	3	1	8	81	30	68	3	..	60	88	42	54	95	26	46	50	10	16	2	15	21	5
..	2	2	3	..	1	3	..	87	14	45	3	..	10	..	25	1	46	3	3	21	..	1	1	6	145	..
1	6	3	1	..	..	..	1	41	12	41	7	..	10	25	20	8	27	11	7	19	2	.	1	12	49	..
74	74	28	18	..	11	..	33	237	66	311	17	17	267	314	83	292	704	116	56	158	19	48	4	145	140	20
8	40	31	13	..	3	1	1	210	37	347	6	..	150	91	16	94	800	30	16	82	1	18	3	99	479	31
12	33	12	10	..	..	..	..	238	..	337	..	..	21	..	..	..	446	104	..	..	..	48	10	80	1070	..
18	11	34	13	..	3	..	..	110	29	180	9	..	54	89	45	29	137	..	36	44	6	16	1	34	132	..
10	13	17	3	..	..	3	5	66	9	101	..	..	35	40	20	23	234	11	13	24	6	6	2	45	155	15
2	11	1	6	..	5	..	7	62	23	78	3	1	43	61	24	61	134	23	19	43	2	6	..	15	26	5
2	9	2	5	..	3	..	..	48	23	16	..	..	87	52	18	34	50	23	20	50	2	7	1	29	67	3
4	5	..	4	..	..	1	..	46	9	25	3	..	31	21	12	1	39	7	15	14	3	4	1	9	39	9
1	3	..	6	..	..	..	..	37	16	47	..	..	24	34	14	6	40	5	8	28	..	4	..	4	71	2
2	22	..	..	..	1	..	..	25	16	67	4	..	14	..	6	..	32	..	1	27	1	3	1	8	127	2
2	3	..	..	..	1	..	..	21	7	33	..	..	10	..	8	5	16	..	..	12	..	4	..	3	77	..
..	..	..	1	..	..	..	..	20	7	21	3	..	19	12	15	4	47	5	3	10	..	1	1	4	48	..
2	..	..	..	..	1	..	..	22	1	12	2	..	18	13	6	1	14	6	3	19	..	1	..	4	26	1
49	31	28	7	..	14	..	25	418	84	452	24	15	232	526	198	506	995	215	153	253	16	60	6	160	187	16
70	47	66	15	..	14	2	9	299	90	461	22	33	236	322	110	310	813	118	79	185	23	36	12	149	116	1
23	31	66	26	..	2	..	9	256	58	498	14	5	301	208	78	392	1239	108	80	147	27	39	5	177	164	8
29	12	16	6	..	10	..	32	223	66	257	29	3	90	221	106	123	220	60	46	180	21	41	..	55	137	20
5	20	20	5	..	17	..	18	216	62	180	12	3	73	209	103	93	144	88	59	144	26	31	4	40	84	43
9	6	8	1	1	5	..	8	181	34	208	22	5	62	220	64	135	300	53	32	155	7	29	7	41	46	1
17	18	12	24	..	..	..	..	136	31	166	10	2	75	81	45	27	393	19	7	70	2	24	2	57	245	..
3	5	14	..	.	3	..	5	83	39	60	10	..	68	48	32	50	84	36	20	73	3	12	2	19	46	15
..	12	3	2	..	1	1	..	135	20	96	..	1	47	91	27	74	223	30	33	63	1	2	..	15	99	..
22	14	4	30	..	1	1	5	72	25	227	1	..	58	86	31	44	406	16	3	41	2	5	2	44	246	1
12	25	10	7	..	1	..	1	73	13	61	3	..	46	14	28	17	47	17	7	47	..	15	1	15	132	21
1	11	4	2	..	..	..	..	57	13	39	..	..	36	..	23	1	92	1	..	18	..	2	1	14	234	1
1	4	17	5	..	3	..	1	48	9	61	4	..	52	46	35	30	163	22	6	34	2	4	..	16	130	2
..	6	..	..	..	..	..	..	53	3	45	4	..	9	10	22	3	149	1	2	18	..	4	..	9	134	1
6	5	1	1	..	..	..	..	26	5	36	..	..	14	18	9	2	62	4	1	20	..	3	..	10	80	11
..	3	2	1	..	1	..	1	47	9	51	4	..	19	30	12	25	98	9	..	7	..	4	2	11	17	..
..	..	..	..	..	..	..	..	20	4	17	1	..	1	13	11	4	8	1	3	2	2	3	..	3	20	1
..	..	..	..	..	1	..	1	16	1	5	..	1	4	20	7	..	15	2	..	7	5	4	..	3	15	1
..	1	..	1	..	..	1	1	21	1	18	2	..	10	4	9	3	22	..	..	7	..	1	..	13	16	2
100	21	20	20	..	7	..	..	171	61	308	4	4	162	285	98	51	628	78	18	155	11	16	2	64	294	24
..	9	1	2	..	..	6	..	51	15	50	2	3	27	5	19	8	132	7	..	38	..	3	1	17	189	28
1	2	8	..	..	..	..	1	12	14	38	6	13	46	11	26	18	113	18	3	28	5	..	..	11	45	13
..	..	18	1	..	..	..	..	20	3	17	4	..	19	17	28	18	94	8	..	10	..	3	1	6	29	1
..	..	2	1	..	1	..	1	18	6	28	1	..	1	19	24	1	34	5	..	10	..	..	..	..	43	2
199	152	123	13	..	38	..	68	793	232	884	64	68	358	602	347	593	1984	285	261	575	65	105	8	265	399	60
22	31	3	1	..	2	..	1	128	37	164	30	..	102	164	62	205	251	71	40	104	3	20	2	32	193	4
5	15	13	1	..	2	..	..	81	21	48	6	..	38	..	10	1	209	5	1	41	..	4	2	30	252	3
19	3	10	7	..	1	..	1	136	24	206	3	3	57	176	34	39	368	63	27	75	7	24	12	41	79	5
6	1	10	4	..	1	..	..	72	35	84	5	1	35	106	43	29	96	24	20	56	8	8	3	19	95	4
2	8	5	2	..	3	..	..	63	12	130	8	..	22	115	38	29	135	32	7	64	11	14	1	23	87	3
..	2	6	7	..	..	..	5	45	8	39	5	3	18	63	5	27	20	28	12	24	9	9	1	7	21	4
6	10	1	2	..	..	..	..	17	10	38	4	1	13	35	12	15	28	22	9	18	..	2	1	13	27	..
1	28	1	12	..	9	..	16	111	52	130	7	8	77	340	94	65	72	79	62	122	20	46	3	15	57	2
15	101	4	5	..	7	..	13	184	41	140	40	1	128	196	95	98	257	123	46	146	18	39	1	53	94	7

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Städte	Krankenhäuser	Bestand am Schlusse		Summa der Aufgenommenen	Krankheits-						
		des vorigen Jahres	dieses Jahres		Pocken	Varicellen	Masern u. Röteln	Scharlach	Diphtheritis und Croup	Keuchhusten	Unterleibstyphus
Münster	Clemenshosp. u. Johannisstift	325	281	3352	..	5	27	68	39	3	4
Bielefeld	städtisches Krankenhaus	139	163	1644	..	..	3	21	20	5	18
Minden	„ „	55	71	965	..	..	2	7	22	2	9
Herford	Friedrich-Wilhelm-Hospital	100	97	1021	..	.	2	17	11	..	16
Hagen i. W.	städtisches Hospital	151	194	1840	..	..	3	29	19	3	34
Witten	Diakonissenhaus	211	210	2510	..	..	1	34	49	..	24
Hamm	städtisches Krankenhaus	150	140	2038	..	..	7	8	11	..	33
Iserlohn	Bethanien- „	105	105	1214	..	2	9	3	12	4	14
Siegen	städtisches Hospital	67	82	1231	..	..	3	19	44	..	7
Gelsenkirchen	Marienhosp. u. ev. Krankenh.	485	556	6749	..	21	42	334	50	24	81
Altena	Johanniter- u. St. Vincenz-Krkh.	72	80	1036	..	..	..	1	8	..	2
Düsseldorf	evangelisches Krankenhaus	206	206	2665	..	..	2	3	51	..	5
„	Marienhospital	282	325	3705	..	.	6	77	72	..	10
Essen a. d. Ruhr	ev. Huyssenstift und Krupp-sches Krankenhaus	?	?	?	..	..	..	..	..	..	..
„	städtisches Krankenhaus	340	345	5566	..	5	36	265	67	18	53
Elberfeld	St. Josephhospital	164	185	2076	..	..	6	43	19	1	4
„	städtisches Krankenhaus	383	387	4683	..	29	26	84	51	49	31
Crefeld	„ „	274	276	2902	..	1	3	105	40	8	11
Remscheid	„ „	93	109	2016	..	..	12	27	34	1	10
M.-Gladbach	Bethesda- und Mariahilf-Kran-kenhaus	235	259	3574	..	..	..	41	46	5	13
Solingen	städtisches Krankenhaus	172	148	1909	..	2	23	30	65	6	46
Viersen	allgemeines „	70	90	636	..	..	..	5	16	..	3
Rheydt	städtisches „	107	100	1138	..	..	..	6	41	1	13
Duisb.-Meiderich	Elisab.- u. Kaiser Wilh.-Krkhs.	200	263	3015	..	..	3	136	28	..	145
Neuss	städtisches Krankenhaus	73	73	792	..	..	2	72	21	..	9
Oberhausen-Styrum	St. Josephskrankenhaus	80	95	1416	..	..	21	9	29	3	161
Ruhrort	Hanielstiftung	56	88	1093	..	..	1	56	7	..	24
Odenkirchen	Kaiser Wilhelm-Krankenhaus	8	15	154	..	..	..	2	15	..	1
Hochemmerich	Krankenhaus der Friedr. Alfr. Krupp-Hütte	15	16	192	..	..	..	..	..	..	..
Aachen	Elisabeth- u. Mariahilf-Krkhs.	467	444	6760	..	7	320	280	106	43	97
Aachen-Burtscheid	St. Marienhospital	172	138	1885	..	..	..	..	3	..	11
Düren	städtisches Hospital	122	120	1788	..	..	..	29	48	1	11
Eschweiler	St. Antoniushospital	97	93	910	..	..	..	14	17	..	3
Eupen	St. Nicolaushospital	69	58	449	..	..	..	7	..	..	3
Stolberg	Bethlehemhospital	116	98	507	..	..	..	1	3	..	..
Cöln	Bürger- u. Augustahospital	704	711	10967	..	5	275	2	107	108	30
Cöln-Deutz	städtisches Hospital	149	150	1451	..	..	1	..	1	..	9
Cöln-Ehrenfeld	St. Franziskushospital	156	159	1413	..	..	..	..	..	21	3
Mülheim a. Rh.	städt. u. Dreikönigenhospital	317	348	4820	..	..	6	47	100	2	9
Cöln-Kalk	St. Josephhospital	175	157	1986	..	..	28	35	78	3	25
Trier	städtisches Hospital	146	148	1127	..	..	..	..	..	14	3
Saarbrücken	Neues Krkhs. d. Hospitalstift.	196	197	2745	..	..	3	20	22	1	70
Coblenz	städtisches Bürgerhospital	207	214	3393	..	..	18	83	90	3	14
Kreuznach	Bürgerhospital	32	32	424	..	..	2	..	..	..	1
Neuwied	Krankenh. des Frauenvereins	126	107	1789	..	..	4	19	25	..	12
Wiesbaden	städtisches Krankenhaus	289	?	4152	..	9	17	31	211	16	58
Kassel	Landkrankenhaus	338	357	4108	1	..	4	55	226	1	19
Fulda	„	205	220	2534	3	..	3	3	81	..	15
Eschwege	„	23	19	579	..	..	5	1	44	..	14
Rinteln	„	43	37	386	..	..	..	15	5	..	12

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

formen der Aufgenommenen (nicht auch Bestand)

Epidemische Genickstarre	Ruhr	Brechdurchfall	Kindbettfieber	Wechselfieber	Rose	Syphilis einschliesslich Gonorrhöe	Lungen- und Brustfell-Entzündung	Akuter Bronchial-Katarrh	Lungenschwindsucht	Andere Erkrankungen der Atmungsorgane	Akuter Darmkatarrh	Gehirn-Schlagfluss	Säuferwahnsinn und chron. Alkoholismus	Akuter Gelenkrheumatismus	Andere rheumatische Krankheiten	Verletzungen	Alle übrigen Krankheiten	Zahl der Gestorbenen
..	..	43	3	..	22	133	72	69	148	132	88	15	37	29	80	207	2128	157
..	..	8	1	1	8	50	41	69	41	28	24	6	13	39	35	180	1033	118
..	1	..	..	..	5	36	35	7	31	..	10	..	11	24	2	71	690	70
..	..	4	1	..	3	27	19	34	32	86	11	2	8	18	25	54	651	54
2	..	3	3	2	15	46	76	48	54	23	28	5	31	47	63	240	1066	121
..	..	..	3	..	7	28	58	48	102	77	44	..	..	68	237	360	1370	152
..	..	10	..	..	8	47	33	50	59	57	22	1	10	20	66	296	1300	81
2	..	..	..	..	4	19	34	16	22	46	5	2	2	14	36	128	840	79
..	..	..	..	..	8	25	45	19	18	24	12	..	6	20	21	224	736	76
5	13	75	17	..	26	146	259	296	205	203	142	10	35	137	411	1452	2765	349
..	..	..	..	..	1	9	7	16	20	7	4	..	2	9	18	240	692	42
..	..	31	1	..	5	23	49	44	82	55	168	12	7	38	49	383	1657	184
..	..	28	3	..	36	192	130	164	152	48	121	13	30	105	95	712	1711	237
..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
10	81	16	6	..	32	732	158	28	102	344	193	17	14	57	135	101	3096	362
1	..	..	2	..	26	18	76	37	100	41	27	11	11	63	108	233	1249	167
6	..	41	5	..	70	451	141	88	197	136	132	27	106	68	117	530	2304	265
..	..	20	6	..	19	114	77	54	148	54	42	15	24	79	103	207	1772	284
1	..	1	1	..	12	22	52	22	55	29	13	2	15	43	3	293	1368	108
..	3	8	..	1	16	83	65	73	190	619	44	19	11	54	77	302	1904	204
7	..	14	14	2	16	172	89	35	99	62	36	5	28	63	58	399	638	154
..	..	..	..	..	1	14	20	..	30	8	3	8	13	9	46	94	366	38
..	..	9	..	..	6	21	14	12	76	10	5	3	2	15	20	132	752	83
..	..	4	1	..	8	97	115	195	45	209	164	2	2	166	201	576	918	113
2	..	1	1	..	4	20	36	25	36	19	44	16	13	46	33	124	268	63
..	2	16	6	..	10	55	41	88	10	..	42	2	2	40	112	387	380	53
1	1	..	1	1	7	81	28	3	13	120	40	..	6	19	36	278	370	45
..	..	..	1	..	..	1	5	..	6	1	..	..	2	..	..	13	107	16
..	..	..	..	..	..	..	..	1	..	..	1	..	..	1	3	162	24	7
3	..	111	..	..	32	308	217	72	310	90	87	43	75	103	152	559	3745	540
..	..	..	..	..	3	24	19	7	19	22	9	..	3	12	210	294	1249	51
..	1	18	1	..	15	60	67	62	53	66	25	16	20	6	70	245	974	135
..	..	3	..	..	2	8	12	26	15	10	15	2	2	12	43	250	476	58
..	..	..	1	..	..	5	9	..	146	..	..	3	2	16	..	31	226	40
..	..	8	1	..	..	3	18	9	4	8	7	4	..	18	23	105	295	43
..	..	..	..	..	51	79	305	210	1118	242	186	36	66	119	181	1630	6217	812
..	..	6	3	..	7	124	49	49	25	64	20	8	7	16	46	461	555	87
..	..	3	12	..	21	9	99	137	75	2	36	16	3	117	47	275	537	134
..	..	10	4	1	14	212	78	150	110	86	77	18	15	60	172	729	2920	235
..	..	39	1	..	10	91	83	81	25	77	24	10	1	63	69	379	861	167
..	..	2	1	..	2	12	18	27	43	57	45	8	6	21	27	90	751	108
..	..	5	5	..	13	416	42	19	55	22	5	1	9	22	79	163	1773	205
..	..	9	5	..	14	118	75	69	124	92	46	14	8	41	60	222	2288	227
..	..	..	..	..	1	21	6	8	36	1	5	2	..	6	12	35	288	28
1	..	7	..	..	3	19	40	33	11	152	24	3	2	57	72	175	1130	88
3	3	22	3	..	35	478	108	103	223	252	43	31	32	38	161	421	1854	373
1	..	4	..	..	18	104	227	24	337	140	30	16	2	101	126	388	2284	304
..	..	6	2	..	11	6	21	60	19	16	35	..	1	37	35	161	2019	182
1	..	..	..	..	4	..	22	2	17	..	3	..	4	17	49	157	239	34
..	..	..	..	..	2	2	4	1	18	4	..	2	1	7	26	152	135	23

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Sterblichkeits-Statistik von 51 Städten der Provinzen Westfalen, Rheinland und Hessen-Nassau pro Monat Dezember 1911.

Monat Dezember 1911	Einwohner-Zahl	Zahl der Lebendgeborenen	Verhältn.-Zahl der Geborenen auf 1000 Einw. und auf 1 Jahr	Zahl der Sterbefälle ausschl. Totgeborenen	Darunter Kinder unter 1 Jahr	Verhältn.-Zahl der Gestorbenen auf 1000 Einwohner u. auf 1 Jahr	Todesursachen: Infektions-Krankheiten: Kindbettfieber	Pocken	Scharlach	Masern und Röteln	Diphtheritis und Kroup	Keuchhusten	Typhus	Ruhr	Andere Infektionskrankh.	Magen- u. Darmkatarrh, Brechdurchfall, Atrophie der Kinder	Gewaltsamer Tod: Selbstmord	Mord u. Totschlag, sowie Hinrichtung	Verunglückung
Münster . . .	92000	191	24,8	114	31	14,8	..	..	..	1	1	..	..	..	..	2	..	..	3
Bielefeld . . .	80000	120	18,0	60	7	9,0	..	..	1	1	..	..	..	..	..	3	1	..	..
Paderborn . .	29526	70	29,4	34	8	14,3	..	..	..	..	1	1	1	..	..	..	..	..	..
Minden . . .	26518	40	18,1	33	6	15,4	..	..	1	..	2	..	..	..	..	1	..	..	..
Dortmund . . .	224099	623	32,7	289	154	15,2	..	..	3	2	6	1	3	..	6	14	6	..	16
Gelsenkirchen .	171000	547	38,0	185	60	13,0	1	..	3	1	..	..	..	..	..	18	3	..	4
Bochum . . .	136916	423	37,9	180	44	16,2	2	..	3	1	3	..	1	..	..	5	..	..	6
Hagen	90000	205	28,7	93	24	13,0	1	..	..	..	1	4	2	..	..	4	..	..	3
Herne	60065	248	50,0	75	22	15,0	..	..	4	..	2	..	..	..	..	1	1	..	1
Hamm	44532	118	33,0	82	24	22,9	..	..	..	..	4	..	1	..	2	7	..	..	2
Witten	37422	90	28,9	71	17	22,8	..	..	..	2	..	2	2	..	..	1	..	1	4
Lüdenscheid . .	33000	59	21,5	30	4	10,9	..	..	..	..	1	..	1	..	..	1	1	..	1
Iserlohn . . .	31294	73	25,1	30	4	11,1	..	..	1	..	..	..	2	..	..	..	..	..	..
Siegen	28397	51	21,5	31	6	13,1	..	..	..	..	3	..	..	..	..	1	..	1	..
Schwelm . . .	21000	49	29,4	19	2	11,4	..	..	..	..	1	..	..	..	..	..	..	..	1
Lippstadt . . .	16423	42	29,4	35	10	24,5	..	..	..	..	..	..	..	..	..	4	..	..	..
Altena . . .	14500	29	24,0	12	1	9,9	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Düsseldorf . .	376900	860	26,9	373	89	11,6	..	..	2	10	5	1	..	..	2	18	5	2	12
Essen a. d. Ruhr	302736	746	29,6	266	82	10,5	3	..	5	1	2	5	2	..	..	8	1	2	10
Duisburg . . .	237000	631	31,3	296	82	14,7	..	..	7	3	6	2	1	..	1	15	3	..	15
Elberfeld . . .	170703	326	22,9	164	33	11,5	2	..	1	..	..	..	..	..	2	2	3	..	..
Barmen . . .	170900	320	22,0	148	21	10,2	..	..	1	2	..	1	1	..	..	..	2	..	4
Crefeld . . .	130000	226	20,9	127	22	11,7	1	..	2	..	2	..	..	..	..	5	1	..	6
Mülheim a. d. R.	114910	273	28,5	125	25	13,1	1	..	4	..	1	2	4	..	..	8	4	1	4
Remscheid . .	73796	150	27,0	55	15	9,9	1	..	1	..	1	..	..	..	..	1	1	..	..
M.-Gladbach . .	67022	129	23,2	82	20	14,8	1	..	..	..	1	..	..	..	..	..	..	..	1
Oberhausen . .	76983	223	30,5	103	45	10,6	..	..	..	1	..	..	5	..	..	7	..	1	2
Solingen . . .	50541	78	18,5	44	8	10,4	..	..	..	..	2	1	..	..	..	1	3	..	..
Rheydt . . .	44549	111	29,9	56	17	15,1	..	..	..	..	3	1	..	..	..	2	..	..	2
Neuss	37216	105	33,8	47	11	15,2	..	..	..	..	..	2	..	..	..	1	..	..	..
Viersen . . .	30172	75	29,9	38	7	15,1	..	..	..	..	2	..	..	..	..	1	1	..	2
Wesel	24453	45	22,3	23	4	11,3	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1	..	..	..
Mörs	23977	58	28,9	25	7	12,5	1	..	..	..	1	..	..	..	..	3	..	..	1
Wermelskirchen	16380	23	16,8	7	..	5,2	..	..	1	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Ronsdorf . . .	15376	26	20,3	8	1	6,2	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1	..	..	..
Lennep . . .	13308	20	20,3	9	1	9,0	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Aachen . . .	157649	312	23,7	215	41	16,3	..	..	1	13	3	..	1	..	..	7	1	..	8
Düren [1] . . .	32746	69	24,8	45	9	16,2	..	..	..	..	..	..	1	1	..	1	..	..	2
Eschweiler . .	24740	41	19,9	36	8	17,5	..	..	3	..	..	..	..	..	..	5	..	..	1
Stolberg . . .	15591	39	30,0	20	2	16,0	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1	..	..	..
Eupen	13540	19	16,9	12	1	10,6	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Cöln	525259	1216	27,2	616	144	13,8	3	..	4	15	8	4	3	..	10	22	8	..	15
Bonn [2]	87967	228	29,6	130	24	16,9	2	..	..	1	4	..	..	..	..	6	2	..	1
Mülheim a. Rh. .	54363	122	26,9	63	18	13,9	1	..	4	1	4	1	..	..	..	2	..	..	1
Saarbrücken . .	105097	280	33,6	105	27	12,6	..	..	3	..	1	4	..	..	1	4	1	..	2
Trier	49647	82	20,5	67	8	16,7	..	..	1	..	..	2	..	..	..	2	2	..	1
Coblenz . . .	56478	112	23,8	57	12	11,2	..	..	..	..	2	1	..	..	..	5	..	..	..
Kreuznach . .	23700	42	21,2	33	1	16,7	..	..	2	..	..	..	..	..	..	..	2	..	..
Neuwied . . .	19104	39	24,5	21	3	13,2	..	..	..	..	1	..	..	..	..	1	..	..	1
Wiesbaden . .	109033	162	17,7	106	16	11,6	..	..	..	..	5	1	1	..	..	1	3	..	1
Kassel	154400	296	22,5	147	23	11,2	3	..	2	..	7	..	..	..	3	4	5	..	4

1) Düren: darunter 3,23‰ Sterbefälle Auswärtiger in Anstalten.
2) Bonn: darunter 3,21‰ Geburten und 4,91‰ Sterbefälle Auswärtiger in Anstalten.

Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Generated on 2019-12-14 17:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF IOWA

Generated on 2019-12-14 17:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

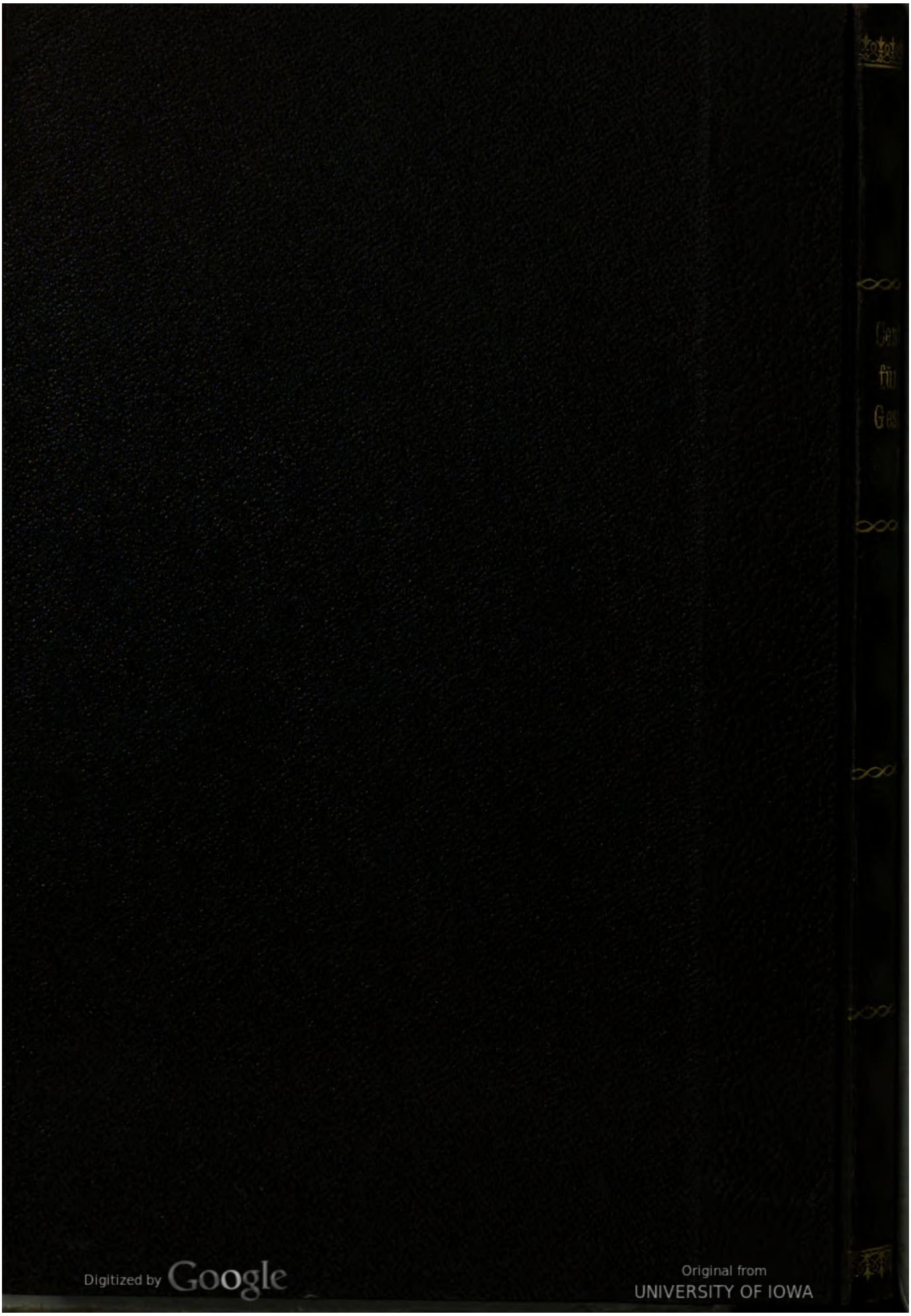
Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF IOWA

Generated on 2019-12-14 17:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google

Digitized by Google

Original from
UNIVERSITY OF IOWA



Digitized by Google
Original from UNIVERSITY OF IOWA
Generated on 2019-12-14 17:58 GMT / http://hdl.handle.net/2027/iau.31858045687039
Public Domain in the United States, Google-digitized / http://www.hathitrust.org/access_use#pd-us-google